

OFDT

Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

105 rue La Fayette
75 010 Paris

Tél : 01 53 20 16 16
Fax : 01 53 20 16 00
e-mail : ofdt@ofdt.fr

Les études publiées par l'OFDT sont consultables sur le site web :
www.drogues.gouv.fr

ISBN : 2-11-091921-3

OFDT 2000 - étude n° 20

EROPP 99 - Représentations, Opinions et Perceptions relatives aux Psychotropes



Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

EROPP 99

Enquête sur les représentations,
opinions et perceptions relatives
aux psychotropes

François BECK
Patrick PERETTI-WATEL

EROPP 99

**Enquête sur les représentations,
opinions et perceptions relatives
aux psychotropes**

**François BECK
Patrick PERETTI-WATEL**

**Avril 2000
Étude n° 20**

Sommaire

Contributions	7
Introduction	9
Présentation méthodologique	15
<i>Choix des méthodes</i>	15
<i>Bilan du déroulement de l'enquête</i>	18
<i>Méthodes d'analyse</i>	20
Synthèse	27
La perception des substances en tant que drogues	31
<i>Les substances citées</i>	31
<i>La place des produits licites</i>	34
<i>L'effet enquêteur</i>	36
Perceptions des risques et de la dangerosité liés aux produits	37
<i>État des connaissances et contexte</i>	37
Perception globale de la dangerosité liéé aux produits	41
<i>Niveaux en 1999</i>	41
<i>Seuil de dangerosité perçu pour chaque substance</i>	44
<i>Le cas de l'alcool et du tabac</i>	48
<i>Détermination du seuil de dépendance perçu</i>	52

Le risque d'escalade	55
<i>Quelques réflexions préalables</i>	55
<i>Une opinion courante mais de moins en moins partagée</i>	57
<i>Opinion sur l'escalade et la familiarité avec le cannabis</i>	59
<i>Métaphore de la contagion et thèse de l'escalade</i>	61
<i>Analyse des facteurs associés à la thèse de l'escalade</i>	63
Les peurs suscitées par les produits psychoactifs	69
<i>Les peurs suscitées par chaque produit</i>	69
Des peurs différenciées selon les produits	69
Facteurs associés aux peurs	72
<i>Peurs et perceptions du danger</i>	73
Des peurs indistinctes ou sélectives ?	73
<i>Synthèse et discussion</i>	85
Les représentations des toxicomanes	89
<i>Premiers résultats</i>	89
Des opinions divisées et parfois ambivalentes	89
Facteurs associés aux opinions sur les toxicomanes	90
<i>Représentations des toxicomanes et opinions sur les politiques publiques</i>	94
Typologie des perceptions des usagers d'héroïne	94
Perceptions des usagers d'héroïne et systèmes de valeurs	107
Les usagers d'héroïne vus comme des parasites : contrôle des effets de structure	112
Opinions sur les politiques publiques	117
<i>Bref rappel sur le cadre légal et l'évolution de la politique publique de lutte contre les drogues</i>	117
<i>Opinions sur l'efficacité et la légitimité de la répression de l'usage</i>	121
L'état de l'opinion en 1999 : acceptabilité des différentes mesures	121
Facteurs associés à ces opinions	127
<i>Opinions sur le dispositif actuel, la perspective du sevrage et les mesures de réduction des risques</i>	129
L'état de l'opinion en 1999, mise en perspective par rapport aux enquêtes précédentes	129

Facteurs associés à ces opinions	133
L'opinion sur les efforts des pouvoirs publics : bien-fondé et utilité de l'aide aux usagers et de la prévention auprès des jeunes	140
Le niveau d'information ressenti	143
Conclusion	145
Bibliographie	153
Annexes	159
<i>Quelques informations sur les niveaux et les tendances de la consommation de drogues illicites</i>	159
La consommation	159
Évolution depuis les années 1990	159
Banalisation de l'usage déclaré de cannabis : effet âge et effet génération	161
Chez les 15-19 ans	163
L'absence d'effet enquêteur sur les déclarations d'usage de cannabis	164
<i>Informations complémentaires sur la proximité aux produits</i>	165
Proposition de drogues	165
Connaissance d'un usager dans l'entourage	167
Lexique	169
Plan de code	171
Ensemble des produits cités par les enquêtés qui correspondent à un des 17 produits précodés	171
Ensemble des produits cités par les enquêtés qui ne correspondent pas forcément à un des 17 produits précodés	172
Questionnaire de l'enquête et tris à plat	177
Structure de l'échantillon	203

Contributions au projet

Directeur de la publication

Jean-Michel COSTES Directeur de l'OFDT

Auteurs du rapport

François BECK Chargé d'études OFDT
Patrick PERETTI-WATEL Chargé d'études OFDT

1) Groupe de travail « Enquêtes en population générale »

Groupe projet sur la conception de l'Enquête

HENRION Roger (Président du collège scientifique de l'OFDT jusqu'en avril 1999)
BECK François (OFDT)
BÉGUÉ Jean (Inspecteur Général de l'INSEE)
COSTES Jean-Michel (OFDT)
FAUGERON Claude (Directeur de recherche au CNRS)
KOPP Pierre (Université de Reims)
LAFONT Bernard (Service de Santé des Armées)
PAGES Bernard (Tribunal de grande instance de Paris)

Les avis de la MILDT et du Comité Français d'Éducation pour la Santé (CFES) ont également été pris en compte largement au cours de réunions *ad hoc*.

Commission du collège scientifique « Enquêtes en population générale »

FAUGERON Claude (CNRS, Présidente de la commission)
BADEYAN Gérard (DREES)
FAVRE Jean-Dominique (Service de Santé des Armées)
GOT Claude (Président du collège scientifique de l'OFDT depuis avril 1999)
KAMINSKI Monique (INSERM)
TOULEMON Laurent (INSEE)

2) Groupe méthodologique « Enquête Perceptions »

FAUGERON Claude (CNRS)
 BECK François (OFDT)
 COSTES Jean-Michel (OFDT)
 DESEQUELLES Aline (INED)
 MUXEL Anne (CEVIPOF)
 PERETTI-WATEL Patrick (OFDT, CREST)
 RICHARD-ZAPPELLA Jeanine (IRED, Université de Rouen)
 VIARD Nancy (INSEE, Unité Méthodologie Statistique)

3) Groupe de travail chargé des tests

DAVID-DEHAL Véronique (INED)
 DE CLÉDAT Bernard (INED)
 DESEQUELLES Aline (INED)
 FIRDION Jean-Marie (INED)
 QUAGLIA Martine (INED)
 THAUVIN Patricia (INED)

Maquette et suivi de fabrication

Fabienne Kosta et Frédérique MILLION

Sont également remerciés

Les enquêteurs de BVA ayant procédé aux entretiens téléphoniques ont su, par leur patience, leur persuasion et leur professionnalisme, rendre ce questionnaire agréable le plus souvent, et parfois acceptable malgré les réticences de leurs interlocuteurs.

Thomas AMOSSE, Muriel EPSTEIN, Nicolas KUNGHEHIAN et Frédéric MVONDO (étudiants de l'ENSAE), au cours d'un groupe de travail portant sur les enquêtes en population générale sur les usages de substances psychoactives, animé par Emmanuel DIDIER (CSI) et François BECK (OFDT), ont contribué à nourrir la réflexion autour des problématiques en jeu et de la construction du questionnaire ; ils sont également allés sur le terrain et ont fait part de leurs remarques.

Delphine ANTOINE, Pierre ARWIDSON, Stéphane BERNARD, Jérôme CUBILLE, Gaël DE PERETTI, Emmanuel DIDIER, Philippe GUILBERT, Stéphane LEGLEYE, Florence MAILLOCHON, Benoît RIANDEY et toute l'équipe OFDT pour leur relecture et leurs conseils.

Introduction

Si le champ des toxicomanies relève en partie du domaine de la santé publique, il a en fait depuis longtemps acquis une dimension sociale et politique. Il a ainsi été constitué en problème de société, et suscite de vifs débats. Ces discours tranchés émanent d'acteurs sociaux variés : politiques, médecins, associations de terrain, institutions répressives... Chaque position s'appuie sur des représentations particulières des drogues et des toxicomanies, qu'elle contribue aussi à diffuser et à ancrer dans tel ou tel segment de l'opinion publique. La figure du toxicomane illustre la diversité de ces représentations. Pour certains, le toxicomane est une personne malade, une victime (d'elle-même ou de la société), qu'il faut avant tout écouter et soigner. Pour d'autres, le toxicomane constitue le prototype du déviant, au moins potentiellement dangereux : c'est d'abord un délinquant, puisqu'il s'adonne à une pratique interdite, et c'est ensuite un criminel en puissance, puisque sa dépendance le conduira sans doute un jour à voler ou à tuer pour financer son vice¹. Ce dernier stéréotype illustre bien les résonances sociales et culturelles très fortes des problèmes liés aux drogues et aux toxicomanies, cristallisant les inquiétudes plus diffuses d'une partie de la population qui a le sentiment de voir aujourd'hui ses valeurs et ses repères disparaître. Entre ces deux positions contrastées, il existe bien sûr d'autres représentations plus nuancées des toxicomanes.

Les représentations associées aux drogues et aux toxicomanies sont sans doute aujourd'hui en pleine mutation, puisque les catégories du sens commun qui permettaient jusqu'ici de les penser sont actuellement remises en question, et que ce débat est, de plus, largement médiatisé comme l'illustre bien le rapport sur la dangerosité des drogues (cf. Roques, 1998). En particulier, la distinction posée entre substances licites et illicites perd de sa pertinence, dès lors que les premières peuvent s'avérer sous certains

1. Ce stéréotype du toxicomane criminel s'appuie notamment sur le traitement médiatique de certains faits divers, comme celui du « tueur de vieilles dames » des années 1980, Thierry Paulin. À une époque marquée par la montée du sentiment d'insécurité, de nombreux médias ont souligné le fait qu'il était homosexuel, drogué et antillais. L'apposition de ces stigmates (au sens d'E. Goffman) n'est bien sûr pas moralement neutre.

aspects plus dangereuses que les secondes. De même, l'opposition entre « drogues dures » et « drogues douces » s'avère discutable, puisque certaines études ont mis en évidence l'existence d'un usage « dur » des drogues dites « douces » (cf. Aquatias *et al.*, 1997) Autrement dit, l'attention tend actuellement à porter davantage sur les comportements, et plus seulement sur les produits. Plus généralement, le champ recouvert par les notions de drogues et de toxicomanies est aujourd'hui en pleine recomposition, ce qui se traduit par l'émergence de nouvelles notions dont la portée n'est pas encore bien stabilisée. Ainsi le plan triennal (1999-2001) de la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Toxicomanies (MILDT), dont le champ s'est récemment élargi à l'alcool, au tabac, aux médicaments psychotropes et au dopage, fait-il référence aux « produits psychoactifs ».

Dans un tel contexte, caractérisé par le brouillage des repères qui permettaient jusqu'ici au sens commun d'appréhender les drogues et leurs usages, il est apparu nécessaire de réaliser une enquête d'opinion pour faire le point sur les représentations des Français, et voir en particulier si les débats récents sur les drogues et les toxicomanies y trouvent éventuellement un écho. Jusqu'ici, ces représentations ont seulement été abordées par le biais d'entretiens semi-directifs portant sur de petits échantillons, ou de façon très parcellaire dans le cadre d'enquêtes quantitatives, avec seulement quelques items intégrés dans un questionnaire ne portant pas spécifiquement sur les drogues et les toxicomanies. Dans le premier cas, les résultats ne peuvent prétendre à aucune représentativité et dans le second, ils sont trop fragmentaires. Une enquête quantitative entièrement consacrée à l'étude de ces perceptions permet au contraire de dresser un diagnostic plus fiable et complet, dans un contexte où la mise en place des politiques publiques et des mesures de prévention implique une bonne connaissance des opinions et des craintes de la population. Précisons qu'une telle enquête ne permet pas d'étudier directement les représentations des personnes interrogées. Par définition, une représentation sociale est un construit sociocognitif complexe et cohérent, qui articule un certain nombre de propositions jugées convaincantes par l'individu, et dont il se sert pour orienter ses jugements, ses attitudes et ses comportements. En tant que telle, une représentation n'est pas réductible à une modalité posée dans le cadre d'une question fermée. En revanche, en multipliant les questions relatives aux opinions, aux perceptions et aux attitudes, et en croisant les réponses obtenues, il devient possible de procéder par induction, en déduisant des résultats obtenus quelques caractéristiques de la représentation sous-jacente.

Par ailleurs, les questions posées pourront sembler trop exigeantes, dans la mesure où elles s'adressent à des enquêtés qui, pour la plupart, n'ont aucune connaissance précise des drogues et des toxicomanies. Cependant, cette ignorance relative ne constitue pas un obstacle à la réalisation de l'enquête, bien au contraire. En effet, chaque individu interagit quotidiennement avec des objets, des dispositifs ou des personnes dont il ne sait pas grand chose. Ces engagements impliquent que nous nous représentons ce avec quoi nous entrons en relation, et évidemment ces représentations ne s'appuient pas sur une connaissance experte, trop longue et trop coûteuse à obtenir, mais plutôt sur des croyances simples, sur des stéréotypes qui relèvent du sens commun. Ces stéréotypes sonnent forcément faux à l'oreille du spécialiste, mais ils n'en sont pas moins convaincants pour le quidam, et lui permettent d'ordinaire d'orienter convenablement ses actions². En cela, ces catégories de la pensée profane méritent d'être prises au sérieux, et un questionnaire fermé s'avère bien adapté pour les étudier.

Sur ce point, rappelons toutefois qu'une enquête quantitative permet de dégager des tendances en agrégeant des réponses individuelles standardisées, et ne peut donc tenir compte des différences affichées par les enquêtés. Afin de ne pas perdre ces informations plus qualitatives, ces réactions « hors questionnaire », nous avons pris le parti d'assister longuement au terrain de l'enquête, pour discuter avec les enquêteurs et noter les réponses des individus refusant les catégories proposées. Au contraire, si l'enquête avait été menée auprès de personnes très familières avec les substances psychoactives, le questionnaire fermé aurait posé de gros problèmes, car sa simplicité n'aurait pas permis de recueillir leurs jugements, comme l'illustrent les cas de deux enquêtés. Le premier se déclare « ex-toxico », le second est directeur d'un centre d'accueil pour jeunes en difficulté. Tous deux ont eu du mal à se situer sur une « échelle » censée mesurer la peur qu'ils éprouveraient s'ils devaient « essayer ne serait-ce qu'une fois » une substance psychoactive, car leur connaissance du produit leur faisait dire « Ce n'est pas vraiment de la peur puisque je sais ce que c'est et que je n'en prendrais pas (plus). » De même, de nombreux enquêtés ont eu du mal à répondre aux questions portant sur le tabac et l'alcool, parce qu'il s'agit de substances qu'ils connaissent très bien, de sorte qu'ils auraient souhaité introduire des nuances dans leurs réponses, ce que n'autorise malheureusement pas un questionnaire fermé. L'analyse des résultats

2. Par exemple, poser une question sur la dangerosité du cannabis au « Français moyen » n'est pas plus saugrenu que de lui demander son opinion sur un candidat aux élections présidentielles : il en sait sans doute aussi peu sur le programme politique défendu par le candidat que sur la neurotoxicité du cannabis.

fera référence à de telles informations enrichissant nettement l'exploitation quantitative. Dans la mesure du possible, cette analyse proposera également des comparaisons avec les enquêtes précédentes, tout en soulignant chaque fois que nécessaire les nuances méthodologiques susceptibles de gêner ces comparaisons.

Genèse et objectifs de l'enquête

Une étude de l'OFDT, faisant une revue des enquêtes d'opinion ayant porté au moins en partie sur la toxicomanie au cours des années 1990, a mis en évidence les limites de l'information disponible, notamment en termes de suivi des tendances (cf. Beck, 1998). Les difficultés méthodologiques rencontrées lors des tentatives de comparaison ont conduit à proposer la mise en place d'un dispositif pérenne en diminuant les biais méthodologiques et en construisant un protocole qui soit le plus univoque possible. Le collège scientifique de l'OFDT, par l'intermédiaire de la commission « Enquêtes en population générale », a donc lancé une réflexion sur la mise en place d'une telle enquête. Son principal objectif était de donner des éléments pour le débat public en dressant un panorama des représentations du public, et de suivre leurs évolutions. Les exigences méthodologiques des enquêtes d'opinion étant différentes de celles des enquêtes d'usage³, ces deux types d'enquêtes ont été séparés. Un groupe méthodologique *ad hoc* composé de spécialistes des enquêtes d'opinion et des problématiques liées à l'usage des substances psychoactives a pris le relais pour construire le questionnaire. Un groupe de travail européen, auquel participait l'OFDT, a également soulevé un certain nombre de problèmes liés à ce type d'étude, sans toutefois parvenir véritablement à un consensus, les contextes nationaux étant trop divers pour permettre des comparaisons solides (cf. Bless *et al.*, 1997). Les rapports des commissions de réflexion sur la drogue et la toxicomanie (cf. Trautmann, 1990 ; Henrion, 1995) ont fourni, par les grands thèmes évoqués lors des réflexions sur les drogues et les toxicomanies, une batterie de propositions sur lesquelles le niveau d'acceptation de la population pouvait être mesuré. De même, la consultation de la synthèse des 81 propositions issues des rencontres nationales des 12 et 13 décembre 1997 (Secrétariat d'État à la Santé, 1998), du dossier sur les usages de drogues et toxicomanies du Haut Comité de la santé publique (1998), et du rapport de la Commission sociale de l'épiscopat (1997), ont permis d'affiner les items de l'enquête.

3. Le recours à un échantillon de très grande taille apparaît moins crucial que dans le cas des enquêtes portant sur les consommations de drogues (comportements rares).

Les lignes directrices suivantes ont ainsi été tracées :

- Plutôt que d'essayer de prolonger l'existant, on a préféré construire un nouveau dispositif d'observation permettant de cerner les opinions de la population pour éclairer le débat public, le but ultime étant de mesurer leurs évolutions dans les années à venir, sachant qu'il est délicat de pérenniser un questionnaire portant sur un domaine en constante transformation.
- Cette enquête vise à mesurer le niveau de perception de l'opinion publique, tant sur les substances (dangerosité relative⁴) et les pratiques que sur les nuances des politiques publiques (différence entre interdiction du produit et pénalisation de l'usage).
- Il convenait de mesurer le degré d'acceptation des différentes politiques publiques, l'intérêt étant de pouvoir mettre en rapport d'une part ces niveaux d'accord et d'autre part la familiarité avec les produits et les perceptions des risques (notamment pour le cannabis).
- D'une manière générale, l'emploi des termes génériques (drogues, toxicomanie) et d'expressions telles que « drogue dure » ou « drogue douce », ont été évitées puisqu'elles introduisent un jugement de valeur que l'on cherche justement à déceler. En effet, outre le fait que l'on ne sait pas exactement ce que ces termes peuvent recouvrir dans l'esprit des personnes enquêtées, ils risquent d'induire des réponses dans un sens plus tolérant vis-à-vis des « drogues douces » et plus intolérant vis-à-vis des autres produits.
- Pour repérer les systèmes de valeur des enquêtés, il est apparu nécessaire d'ajouter quelques questions sur des sujets connexes empruntées au référentiel Agoramétrie (cf. Pagès *et al.*, 1992), afin d'y resituer le débat sur les drogues. L'enquêté réagit (pour ou contre) ou ne réagit pas à des assertions tranchées (portant par exemple sur la peine de mort, l'homosexualité ou l'insécurité), selon que le thème abordé trouve ou non un écho dans son système de valeurs.

L'objectif prioritaire de cette enquête est donc bien de mettre à jour les jugements de valeur que construisent les individus, et non de déterminer leur niveau de connaissance des produits psychoactifs. Cependant, il était essentiel de bien veiller à ce que les questions aient du sens pour les répondants et à ce que les problématiques aient une bonne visibilité pour éviter que les enquêtés ne répondent au hasard⁵. Quatre produits illicites bien

4. Entre produits illicites mais aussi par rapport aux produits licites.

5. Une modalité « NSP » permettait de limiter ce risque, sachant que les enquêtés devaient la mentionner eux-mêmes (elle n'était pas proposée d'emblée).

distincts ont été privilégiés : le cannabis (souvent présenté comme une drogue « douce »), l'héroïne et la cocaïne (représentant les drogues « dures »), et enfin l'ecstasy (censée représenter les produits plus récents) ; ainsi que trois produits licites : l'alcool, le tabac et les médicaments psychotropes. Les représentations associées à ces produits pourront ainsi être mises en perspective.

Les grandes lignes du questionnaire sont les suivantes :

- 1) Caractéristiques socio-démographiques
- 2) Questions générales d'attitude (référentiel Agoramétrie)
- 3) Perception de la dangerosité des produits
- 4) Perception des toxicomanes dépendants (représentés par les consommateurs d'héroïne)
- 5) Opinions sur les politiques publiques en matière de toxicomanie
- 6) Perception des risques liés aux produits
- 7) Familiarité avec les produits et les usagers
- 8) Positions politique et religieuse

Cette enquête propose donc les bases d'un « tableau de bord » des croyances et opinions des Français en matière de toxicomanie. Celui-ci doit permettre à la fois de rendre compte des impacts de la politique publique et de décrire la diversité des représentations, afin d'aider à la mise au point des actions d'information et de prévention. La répétition de cette enquête conduira à observer l'évolution des connaissances des Français sur les produits et leurs modes d'utilisation, en particulier à moyen et long terme. Les résultats seront ici présentés de façon thématique, chaque chapitre abordant l'une des grandes lignes du questionnaire. Les premiers résultats ont été présentés dans le *Tendances n° 4* de l'OFDT en décembre 1999 (cf. Beck, 1999a). L'ensemble des tris à plat est par ailleurs fourni en annexe avec le questionnaire.

Présentation méthodologique

Avant de présenter le détail des résultats de cette enquête, il convient d'abord de préciser les choix méthodologiques retenus, de faire un bilan du déroulement de l'enquête et enfin d'exposer les méthodes d'analyse utilisées. Pour chacun de ces trois points, la présentation méthodologique se déclinera à deux niveaux. D'une part, figureront dans le corps du texte les informations et les définitions clés permettant de comprendre comment l'enquête a été réalisée et exploitée. D'autre part, pour le lecteur désireux d'en savoir plus, des encadrés grisés donneront des explications plus détaillées.

Choix des méthodes

Des tests de passation du questionnaire ont été menés au cours du mois de décembre 1998, avec la collaboration du réseau d'enquêteurs de l'Institut National d'Études Démographiques (INED), afin de vérifier la faisabilité de l'enquête et son adéquation aux objectifs fixés. Ce travail a permis de nombreux ajustements tout en montrant que l'interview se déroulait dans de bonnes conditions. En ce qui concerne le mode de collecte, la voie postale a été définitivement écartée car les taux de réponse escomptés sont très faibles en France. L'enquête téléphonique constitue une solution satisfaisante car elle diminue l'effet enquêteur par rapport au face à face (cf. Spira, Bajos *et al.*, 1992), et parce que le nombre croissant de digicodes à l'entrée des immeubles représentait un biais important pour cette dernière méthode. Le déroulement d'une enquête en face à face est en outre beaucoup plus difficile à contrôler que le terrain téléphonique. L'enquête a été menée du 30 mars au 10 avril 1999 par l'institut de sondage BVA, auprès d'un échantillon de 2 000 individus âgés de 15 à 75 ans.

Il n'a pas été possible de travailler sur cette enquête avec le réseau d'enquêteurs de l'Institut National des Statistiques et des Études Économiques (INSEE), qui est le seul à avoir l'autorisation d'utiliser le recensement de la population comme

base de sondage. Le système CATI⁶ offre par ailleurs à l'enquêteur un confort (dans la gestion des filtres notamment) qui accroît la qualité générale du recueil. Il permet la gestion automatique des appels, des prises de rendez-vous, l'affichage de consignes enquêteurs à l'écran, y compris en temps réel au cours des interviews. De plus, ce mode de collecte autorise certaines vérifications et comparaisons avec le Baromètre Santé du Comité Français d'Éducation pour la Santé (CFES), qui comporte un volet sur les consommations de substances psychoactives. Afin d'être en mesure de réaliser des analyses dans de bonnes conditions et de disposer d'une information représentative pour les jeunes, un échantillon de 2 000 individus est apparu comme la solution optimale. La taille du questionnaire (durée de passation : 20 minutes environ) a conduit à privilégier la conception d'une enquête *ad hoc* plutôt que la participation à un omnibus⁷.

En termes de représentativité, l'échantillon a été constitué par quotas, notamment pour des raisons de coût, car cette technique se révèle nettement moins chère que le sondage aléatoire. Les instituts de sondage en maîtrisant bien l'application, elle constitue une méthode empirique peu onéreuse et relativement bien adaptée aux petits échantillons (2 000 individus ou moins). Dans le contexte du recueil d'opinions, cette méthode a reçu l'aval des statisticiens spécialistes des sujets sensibles mobilisés par l'OFDT. Les critères retenus pour les quotas sont le sexe, l'âge, la profession du chef de ménage, la région et la catégorie d'agglomération.

L'un des intérêts de l'échantillonnage aléatoire est de permettre l'envoi d'une lettre-avis pour annoncer l'enquête. Toutefois, cette pratique ne semblait pas indiquée ici, car l'annonce préalable du thème de l'enquête risquait de générer des refus nombreux et d'introduire ainsi un biais dommageable. Lorsqu'un individu retenu ne pouvait répondre au moment de l'appel, une possibilité de rendez-vous lui était offerte, le système CATI gérant, le cas échéant, la prise de rendez-vous⁸. La méthode des quotas choisie pour cette enquête ne permet pas, en théorie, de mesurer des intervalles de confiance. Dans la pratique, on estime néanmoins que la variance des estimateurs fournis par ce type de sondage est « plutôt faible » par rapport à l'échantillonnage aléatoire, tant que la taille de l'échantillon reste relativement faible (cf. Deville, 1992). Pour une estimation et un niveau de confiance donnés, la méthode des quotas donne donc un intervalle de confiance a priori moins large que le sondage aléatoire stratifié. En

6. Collecte Assistée par Téléphone et Informatique.
 7. Sondage périodique auquel les clients de l'institut de sondage ajoutent chacun leur module de questions.
 8. Ainsi le second appel n'est-il pas forcément fait par le même enquêteur.

calculant ici les intervalles de confiance « comme si » le sondage était aléatoire stratifié, on sous-estime ainsi la précision des estimations (c'est plus prudent : mieux vaut sous-estimer cette précision plutôt que de la surestimer). On utilise la formule valable pour un sondage stratifié à allocation proportionnelle en assimilant à une strate chaque croisement de critère sur lequel il faut respecter un quota. Le tableau suivant donne les intervalles de confiance dans le cas d'un sondage aléatoire simple, pour plusieurs niveaux de pourcentage (et un échantillon de 2 002 observations) :

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

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

La méthode de sondage utilisée implique que la structure de l'échantillon n'est 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 itératif⁹ (calage sur marge). Le redressement a été fait à partir des données du recensement de 1990, actualisées avec l'Enquête Emploi de l'INSEE de 1996, sur les variables suivantes : sexe, âge, CSP du chef de ménage, régions et catégories de communes. Aucune borne n'a été fixée pour les poids à affecter aux individus. En définitive, ceux-ci varient entre 0,54 et 2,72. La base de sondage est l'annuaire téléphonique pour la France métropolitaine (Corse comprise).

Le fichier fourni par France Télécom ne contient que les abonnés au téléphone (environ 95 % des ménages) et est écrié des listes rouges et oranges. Ces dernières représentaient environ 18 % des abonnés en 1997 (cf. Brossier, Dussaix, 1999), chiffre qui a plus que doublé depuis 1990. Environ un cinquième de la population française est donc exclue a priori de l'échantillon, ce qui pose un problème certain de représentativité¹⁰, inhérent il est vrai à la plupart des enquêtes téléphoniques.

9. Le logiciel utilisé est Sytes (société Cimes). La structure de l'échantillon figure en annexe.
 10. Les informations sur les individus figurant sur la liste rouge sont peu nombreuses et parcellaires. Ce comportement est lié à l'urbanisation et il y a de fortes disparités régionales, certaines régions se situant autour de 10 % et d'autres pouvant dépasser les 30 %. Ce manque d'information empêche ainsi toute tentative de redressement pour tenir compte du principal biais de l'annuaire téléphonique en tant que base de sondage.

Une alternative consisterait à procéder à une génération aléatoire de numéros, au lieu d'acheter un annuaire. Notons que la généralisation des répondeurs et la récente mise en place du système permettant de connaître le numéro appelant¹¹, utilisés comme filtres, grèvent lourdement les possibilités de réponse. Le problème de l'extension des portables, en particulier au détriment de la ligne fixe, est également de plus en plus important, même s'il a été estimé qu'en 1999, la proportion d'individus ne possédant qu'un téléphone portable était encore relativement marginale. Afin de respecter scrupuleusement la confidentialité nécessaire pour ce type d'enquête, un certain nombre de procédures étaient nécessaires : l'institut devait acquérir le fichier France Télécom indépendamment de l'OFDT, le numéro de téléphone était alors composé automatiquement par le système CATI, l'enquêteur n'ayant jamais connaissance ni du nom de l'enquêté, ni du numéro de téléphone. Le lien entre le numéro de téléphone et le fichier de données, utile pour récupérer des informations sur la géographie sans alourdir le questionnaire (département et taille d'agglomération), est rompu dès la fin de l'entretien. Dans le questionnaire, aucune question ne permet d'identifier le répondant : les fichiers sont totalement anonymes et ne sont pas même indirectement nominatifs puisqu'on ne demande ni la date de naissance précise (mais uniquement l'âge), ni le lieu de naissance, ni celui de résidence.

Bilan du déroulement de l'enquête

Une séance de formation des enquêteurs d'une journée a été menée conjointement par l'institut de sondage retenu (BVA) et par l'OFDT avant le début de l'enquête. Les principaux points abordés concernaient les objectifs de l'enquête, la méthode utilisée, la gestion du carnet de route et l'importance de limiter les refus. Le questionnaire a été présenté en détail et des exercices de simulation ont été pratiqués, les enquêteurs se le passant mutuellement dans des situations délicates jusqu'à ce que les principaux cas aient été expérimentés. Grâce à cet inventaire des objections possibles, les argumentaires à utiliser ont été mis au point collectivement. L'enquête s'est déroulée tous les soirs de la semaine de 17 h à 21 h, ainsi que le samedi de 10 h à 18 h. En moyenne, 4,6 adresses par interview furent nécessaires¹².

Quelques jours après la fin du terrain, une réunion avec l'ensemble des enquêteurs et les chefs d'équipe s'est tenue afin de faire le bilan. Contrai-

rement aux appréhensions initiales des enquêteurs, l'enquête a été globalement très bien accueillie, même si elle a parfois généré quelques craintes quant à sa finalité. Elle a semblé longue aux personnes qui connaissaient le moins bien les produits et avaient du mal à les distinguer, mais celles-ci ont souvent précisé en fin de questionnaire qu'elles jugeaient utile ce type d'enquête. La précaution prise de ne proposer aux enquêtés que des modalités de réponse ne faisant pas référence au contenu de la question posée (oui, non, d'accord, favorable...) s'est révélée utile. En effet, une certaine gêne a pu être ressentie, chez les plus jeunes en particulier, lorsqu'il s'agissait de citer les drogues connues à haute voix.

Le recueil des données a été confié à l'institut de sondage BVA. Tout au long de l'enquête, deux chefs d'équipe ont coordonné le terrain, encadrant les enquêteurs et les assistant en direct lorsque cela s'avérait nécessaire. À tout moment, ils pouvaient diriger l'enquêteur en cas d'entretien délicat. La présence de membres de l'équipe de recherche sur le terrain a permis de compléter ce soutien aux enquêteurs, l'ensemble garantissant la qualité du contact avec les enquêtés, le respect des formulations des questions et des modalités de réponse. Lors du bilan, les enquêteurs ont pu s'exprimer sur l'ensemble des questions posées ; leurs remarques sont reprises au fur et à mesure dans le corps de l'étude. L'effet perturbant d'une telle enquête (cf. Lazarus, 1999) n'a pas été négligé. En effet, il est apparu que les enquêtés avaient la sensation de s'être fait piéger par des questions récurrentes : « J'ai certainement dû me contredire. » Consigne était donnée aux enquêteurs de les rassurer sur ce point. En fin de questionnaire, ils leur proposaient de donner leur avis sur l'enquête, de compléter l'entretien par quelques commentaires, et s'ils demandaient sous quelle forme leurs réponses allaient être utilisées, l'enquêteur avait pour consigne de dire qu'elles le seraient dans le cadre d'une analyse statistique globale et de leur proposer de laisser leur adresse pour que le rapport d'étude puisse leur être envoyé. Un tel retour semblait légitime et pédagogique. Au final, une cinquantaine d'enquêtés a souhaité être informé des résultats.

11. Ce système de présentation du numéro fonctionne sur les téléphones disposant d'un afficheur adéquat mais aussi, à défaut, grâce à un boîtier s'adaptant sur un téléphone standard.

12. En raison des quotas à respecter, des injoignables, des refus de répondre et des abandons en cours d'entretien.

Méthodes d'analyse

Il s'agit ici de donner quelques indications sur les méthodes statistiques utilisées pour l'exploitation statistique de cette enquête¹³. Cette présentation restera le plus littéraire possible, afin de ne pas rebuter un lecteur réticent aux formules mathématiques, en présentant simplement le principe de chaque méthode, ainsi que leurs modalités d'interprétation. Les amateurs de présentations plus formalisées pourront se référer à la bibliographie statistique. Avant de présenter les deux types d'outils multivariés utilisés, méthodes descriptives (analyses factorielles et classification) et modélisations (régression logistique et modèle loglinéaire), il nous a paru nécessaire de préciser le sens de la notion de significativité.

La notion de significativité en statistique

Lors de nos analyses, il sera souvent question de « significativité » (par exemple pour évaluer l'intensité d'une relation entre deux variables qualitatives croisées dans un tableau). Lorsqu'un statisticien doit se prononcer sur le caractère significatif ou non d'une relation entre deux grandeurs statistiques, il teste une « hypothèse d'indépendance ». Si deux variables sont indépendantes, le tableau croisé correspondant doit avoir une structure particulière. Ainsi, si l'on fait l'hypothèse que l'expérimentation de cannabis est indépendante du sexe des enquêtés, lorsque l'on croise ces deux variables, la proportion d'expérimentateurs devrait être la même parmi les femmes et les hommes. Or, il apparaît que 27 % des hommes interrogés ont déjà consommé du cannabis au cours de leur vie, contre seulement 12% des femmes. Cet écart est très élevé, et il est donc très peu vraisemblable que le sexe et l'expérimentation du cannabis soient indépendants dans l'ensemble de la population. Un test statistique permet d'évaluer cette vraisemblance, qui est ici de l'ordre d'une chance sur plusieurs milliards. Plus cette probabilité est faible, plus on aura tendance à considérer que l'hypothèse d'indépendance est fautive, et donc a contrario que les deux variables sont fortement liées l'une à l'autre. Cette probabilité est appelée « seuil de significativité » (ou « risque de première espèce ») : plus elle est faible, plus les variables croisées sont significativement liées.

13. Trois logiciels ont été utilisés : SPADN pour l'analyse factorielle et la classification, SPSS pour la statistique descriptive (univariée et bivariée) et le modèle logistique, SAS pour les modèles logistique et loglinéaire.

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

Analyses factorielles et classifications

Ces analyses reposent toutes sur un principe simple : il s'agit de résumer au mieux l'information contenue dans une grande masse de données. Pour les analyses factorielles, la démarche est la suivante. Soit un tableau croisant n individus et p variables, par exemple les 2 002 individus de l'enquête et leurs réponses à une dizaine de questions. Géométriquement, à ce tableau correspond un nuage de 2 002 points situés dans un espace d'une dizaine de dimensions. Évidemment, nous vivons en dimension trois, la quatrième relève déjà de la science-fiction et il n'est donc pas question de visualiser un tel espace qui n'est concevable que d'un point de vue mathématique. Les analyses factorielles permettent de réaliser des coupes de cet espace abstrait, et de les visualiser graphiquement (donc en deux dimensions), afin de mettre en évidence les plus fortes relations statistiques qui s'établissent entre les variables considérées.

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

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

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

Régression logistique et modèle loglinéaire

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

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

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

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

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

Le modèle loglinéaire est très proche du modèle logistique. Il permet de modéliser les interactions entre diverses variables qualitatives, mais sans postuler de relation causale entre elles. C'est donc plutôt un modèle descriptif. Analytiquement équivalent au modèle logistique, il permet par contre de résumer par un diagramme très simple la structure des interactions. Il est notamment très utile en complément d'une régression logistique, pour détecter les liaisons entre covariables, ou pour explorer les interactions faisant intervenir plus de deux variables. Par exemple, il y a interaction entre âge, sexe et expérimentation de cannabis si l'impact de l'âge sur la consommation de cannabis n'est pas le même pour les hommes et pour les femmes : dans ce cas, il ne suffit plus d'étudier séparément les impacts de l'âge et du sexe sur l'expérimentation, il faut les combiner.

Bibliographie statistique

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

- Saporta (G.), *Probabilités, analyse des données et statistique*, Éditions Technip, 1990.
- Lebart (L.), Morineau (A.), Piron (M.), *Statistique exploratoire multidimensionnelle*, Éditions Dunod, 1995.
- Volle (M.), *Analyse des données*, Éditions Economica, 1981.

Pour en savoir plus sur la régression logistique et le modèle loglinéaire :

- Gouriéroux (C.), *Économétrie des variables qualitatives, deuxième édition*, Éditions Economica, 1989.
- Mc Cullagh (P.), Nelder (J.), *Generalized Linear Models*, Éditions Chapman and Hall, 1989.
- Stokes (M.), Davis (C.), Koch (G.), *Categorical Data Analysis Using the SAS System*, Cary, NC : SAS Institute Inc, 1995.

Synthèse

Les perceptions et les opinions de la population française sur les drogues et les toxicomanies sont ici étudiées par le biais d'une enquête en population générale réalisée en avril 1999. Plus de 2 000 personnes âgées de 15 à 75 ans, sélectionnées par la méthode des quotas, ont été interrogées par téléphone à leur domicile et invitées à donner leur point de vue sur différentes propositions au cours d'un entretien d'une vingtaine de minutes.

Environ 95 % des enquêtés sont capables de citer spontanément une drogue, avec une moyenne de 3,7 produits cités, avant tout le cannabis et ses dérivés (78 %). Les autres substances les plus souvent identifiées sont la cocaïne (54 %), l'héroïne (45 %), l'ecstasy (39 %), le LSD (27 %), le tabac (21 %), l'alcool (20 %) et le crack (12 %). Une minorité de plus en plus importante cite spontanément l'alcool comme faisant partie des drogues (20 % en 1999 vs 14 % en 1997).

Concernant la dangerosité pour la santé, l'héroïne et la cocaïne sont associées à un danger immédiat par une très forte majorité (environ 85 %). L'expérimentation de l'ecstasy est perçue comme relativement moins dangereuse (76 %). Pour plus de la moitié de l'échantillon, le cannabis est dangereux dès qu'on l'essaie, mais un tiers estime la consommation régulière sans danger. Le risque de dépendance est jugé beaucoup plus fort pour l'héroïne et la cocaïne (respectivement 56 % et 58 % le situent dès l'expérimentation) que pour le cannabis (38 %). Concernant l'alcool et le tabac, plus des trois quarts des Français estiment qu'ils ne sont dangereux pour la santé qu'à partir d'une certaine consommation quotidienne exprimée en nombre de verres ou de cigarettes. L'usage du tabac apparaît dangereux dès l'expérimentation à 21 % des individus interrogés, contre seulement 6 % pour l'alcool. En moyenne, le risque pour la santé est situé respectivement à partir de 9 cigarettes par jour et de 4 verres par jour.

Lorsqu'il s'agit de hiérarchiser les produits, en désignant le plus dangereux parmi l'héroïne, la cocaïne, l'ecstasy, l'alcool, le cannabis, le tabac et les « médicaments pour les nerfs », une assez forte majorité relative choisit l'héroïne (41 %), la cocaïne et l'ecstasy complétant le groupe des produits

les plus cités, avec respectivement 20 % et 17 %. Concernant enfin le risque d'escalade du cannabis vers d'autres drogues illicites, 70 % des enquêtés estiment que l'usage de cannabis conduit à consommer des produits plus dangereux. Seuls 13 % sont plutôt en désaccord avec cette idée et 14 % pas du tout d'accord. Néanmoins, le concept d'escalade apparaît moins fortement ancré dans l'opinion publique qu'en 1992.

Le niveau de peur ressentie à l'égard des produits est supérieur à 80 % pour toutes les drogues illicites autres que le cannabis (pour lequel il est de 68 %). Il atteint 55 % pour les médicaments pour les nerfs et environ un tiers pour le tabac et l'alcool. Pour l'ensemble des produits, les femmes déclarent des peurs plus fortes que les hommes, en particulier pour le cannabis et l'alcool. De grandes disparités dans les appréhensions se font également jour selon l'âge des enquêtés. Pour l'alcool et le tabac, ainsi que pour les substances concernant particulièrement les plus jeunes (l'ecstasy, les produits à inhaler et les champignons hallucinogènes), la proportion de ceux qui déclarent une peur augmente avec l'âge à partir de 18 ans. Pour le cannabis, cette évolution est encore plus nette. D'autres produits, tels que l'héroïne, le LSD, les médicaments pour les nerfs, les amphétamines ou encore les dopants, génèrent des peurs moins différenciées selon les tranches d'âge.

Les perceptions et les opinions relatives aux usagers d'héroïne et aux politiques publiques en matière de drogues et de toxicomanies s'articulent de façon cohérente, et font écho au système de valeurs de chacun : les plus conservateurs sont les plus hostiles à l'égard de ces usagers, et les plus enclins à plébisciter une politique coercitive et répressive. Inversement, ceux qui remettent en question les valeurs traditionnelles refusent davantage de stigmatiser les héroïnomanes, sont plus critiques à l'égard des interdictions d'usage et sont plus favorables à une politique de libéralisation.

La majorité des Français juge l'interdiction de l'usage légitime, quoique relativement peu efficace. Près de la moitié rejette catégoriquement l'idée d'une réglementation du cannabis (contre les trois quarts pour l'héroïne). Environ un tiers est favorable à l'autorisation sous conditions de l'usage du cannabis (contre 12 % pour l'héroïne). La légalisation (mise en vente libre) du cannabis rencontre une opposition très forte : seuls 17 % y sont favorables. La réglementation est ainsi la revendication majoritaire des partisans d'une révision de la loi. Les hommes et les jeunes adultes sont plus souvent favorables à la mise en vente libre. Enfin, si les questions relatives à l'interdiction de l'usage du cannabis suscitent des clivages relativement marqués, celles portant sur l'héroïne sont beaucoup plus consensuelles.

L'obligation de soins dans le cadre d'une interpellation est très largement acceptée (à peine un individu sur dix s'y déclare défavorable). Seul un quart des Français, plutôt âgé et peu diplômé, pense qu'il est possible de parvenir à un monde sans drogue. Si le recours aux produits de substitution est jugé favorablement par 81 % des Français, la vente de seringues sans ordonnance ne rencontre pas le même niveau d'acceptation (63 % de favorables). La distribution contrôlée d'héroïne est une mesure moins bien acceptée que les précédentes, mais une majorité de Français y est tout de même favorable (53 %). Le niveau d'accord avec ces trois dernières propositions augmente nettement pour ceux qui ont déjà consommé du cannabis, et diminue avec l'âge. Enfin, l'usage thérapeutique du cannabis trouve l'aval de plus des deux tiers des répondants (et plus souvent des hommes que des femmes). Dans l'ensemble, depuis le début des années 1990, les actions liées à la politique de réduction des risques semblent de plus en plus acceptées par les Français. Néanmoins, la majorité reste favorable à des mesures prohibitives, sauf lorsque l'autorisation est envisagée dans un cadre thérapeutique : ce ne sont donc pas seulement les produits mais aussi leurs usages qui motivent les opinions recueillies sur les politiques publiques.

L'existence d'une action des pouvoirs publics dans l'aide aux usagers dépendants est reconnue par environ deux tiers des répondants (66 %). Néanmoins, pour 63 % il faudrait l'augmenter et pour 21 % il faudrait faire autrement. Une très forte majorité (86 %) juge qu'il est utile d'informer les jeunes, la proportion d'individus pensant qu'il vaut mieux ne pas trop en parler diminuant au cours des années 1990. L'information des jeunes est jugée suffisante par 71 % des individus et dangereuse par 15 %. Par ailleurs, 58 % des Français s'estiment bien informés sur les drogues. Le niveau d'information ressenti croît de façon régulière avec le niveau de diplôme, et s'avère plus élevé parmi les enquêtés qui ont déjà consommé du cannabis au cours de leur vie.

Cette enquête a également été l'occasion de mesurer le niveau de prévalence des substances psychoactives illicites et notamment du cannabis, confirmant ainsi sa banalisation en population générale adulte. En effet, un Français sur cinq déclare avoir déjà expérimenté le cannabis, un sur seize en ayant consommé au cours des douze derniers mois. La consommation de cannabis concerne en particulier les adolescents et les jeunes adultes, davantage les hommes que les femmes.

Au final, quelques résultats généraux méritent d'être soulignés concernant les facteurs associés aux opinions sur les drogues et les toxicoma-

nies. Croisée avec l'âge, la défiance à l'égard des drogues et des usagers suit une courbe « en U » : les plus jeunes et les plus âgés montrent les craintes les plus fortes et le besoin d'information le plus important. Le sexe est peu discriminant dans la mesure où lorsqu'il semble avoir une incidence sur une opinion, son effet disparaît le plus souvent dès qu'est prise en compte l'expérimentation d'une drogue illicite. La crainte vis-à-vis des produits et les attitudes de rejet vis-à-vis des toxicomanes sont nettement moins fréquentes chez les personnes qui ont une certaine familiarité avec les substances illicites, qu'ils les aient consommées, s'en soient vu proposer ou connaissent des usagers dans leur entourage. Concernant les autres facteurs, d'une manière générale, les personnes ayant un niveau d'études élevé et celles se sentant bien informées sur les drogues ont des perceptions moins stigmatisantes des drogues et de leurs usagers, et sont plus favorables aux mesures de réduction des risques et à l'idée d'une réglementation de la consommation de cannabis.

La perception des substances en tant que drogues

Les substances citées

La perception des substances en tant que drogues est abordée avec une question ouverte. Cela avait déjà été le cas en 1997 lors d'une précédente enquête en population générale¹⁴. En 1993, une question fermée à 13 modalités avait été posée. Le recours à une question ouverte fournit des informations sur les appellations en vigueur dans la population générale¹⁵, tout en permettant aussi de mesurer une certaine forme de connaissance des drogues. La reconduction de l'enquête permettra de suivre dans le temps des évolutions et en particulier d'observer l'émergence de nouveaux produits au niveau des perceptions du public. D'emblée, il faut noter que la question telle qu'elle est formulée « Quelles sont les principales drogues que vous connaissez ne serait-ce que de nom ? » a été comprise par de nombreux répondants comme portant en fait sur les drogues illicites. La fréquence de citation des produits licites est ainsi relativement faible par rapport à une question du type « Quels sont les produits que vous considérez comme des drogues », qui accorde explicitement une plus grande marge à la subjectivité de l'enquêté¹⁶. Bien sûr, la question a été posée au tout début du questionnaire, avant qu'aucune substance n'ait été citée par l'enquêteur. Celui-ci avait pour consigne de relancer plusieurs fois l'enquêté, afin que celui-ci soit incité à faire un effort de réflexion pour parvenir à citer des produits.

Le tableau ci-après permet une comparaison intéressante avec deux enquêtes pour hiérarchiser les substances, puisqu'elles intègrent toutes deux les psychotropes licites (alcool, tabac et médicaments). Pour mesurer des évolutions, mieux vaut uniquement comparer les deux dernières (Publimétrie 1997 et OFDT 1999), qui ont en commun l'emploi d'une question

14. Enquête Publimétrie – Grande Écoute 1997 ; interrogation sur les 15 ans et plus.

15. Le plan de code de ces réponses figure en annexe.

16. Une telle question est posée dans le Baromètre Santé 2000, ce qui devrait permettre de vérifier l'impact de cette formulation.

ouverte. En 1999, plus de neuf personnes interrogées sur dix (93,8 %) citent au moins une drogue, chaque individu citant en moyenne 3,7 produits. Le nombre maximum est de 13 substances citées, un tiers des enquêtés citant au moins 5 produits différents. Le produit le plus souvent cité est le cannabis, puisque 78 % des enquêtés citent soit le haschisch, soit le cannabis, soit la marijuana. Vient ensuite la cocaïne, citée par 53,7 % des enquêtés, score significativement supérieur à celui obtenu par l'héroïne (44,9 %). Suivent dans l'ordre l'ecstasy (39,1 %) et le LSD (26,7 %), puis deux produits licites, le tabac (20,8 %) et l'alcool (20,3 %). Relativement à 1997, la proportion d'individus ne citant aucune drogue a nettement baissé (de 14 % à 6,2 %). Toutefois, il faut rappeler qu'en 1999 les enquêteurs avaient pour consigne d'effectuer plusieurs relances¹⁷. Hormis pour la cocaïne, la « notoriété » de toutes les substances croît entre les deux enquêtes, cette augmentation étant surtout sensible pour le cannabis (de 67 % à 78 %) et l'ecstasy (de 29 % à 39,1 %).

Parmi les enquêtés, notons que les hommes citent en moyenne significativement plus de produits que les femmes (4,1 contre 3,3)¹⁸. Ceux qui ont déjà consommé du cannabis ou une autre drogue illicite en citent également davantage (respectivement 5,3 et 6,2 produits). Le nombre de produits cités augmente aussi régulièrement avec le niveau scolaire (2,5 pour les sans diplôme, 4,7 pour les diplômés du supérieur), et diminue avec l'âge, après avoir marqué un pic entre 18 et 24 ans (4,4 produits pour les 18-24 ans, 2,5 pour les 65-75 ans). Au total, ce sont donc surtout ceux qui ont déjà consommé du cannabis ou une autre drogue qui citent davantage de produits que les autres. Inversement, la minorité d'enquêtés ne citant aucun produit se caractérise par des taux de consommation quasi nuls, et regroupe une majorité de femmes (61,5 %), d'individus âgés de 50 ans et plus (55 %), avec des niveaux scolaires bas (près de la moitié n'ont pas de diplôme, ou seulement le certificat d'études).

17. La motivation des enquêteurs joue un rôle primordial pour inciter les gens qui déclarent spontanément ne connaître aucun produit à bien réfléchir pour essayer d'en trouver au moins un.

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

Produits cités en tant que drogues

Substance	Question fermée	Question ouverte		Rang en 1999
	CFES 1993	Publimétrie 1997	OFDT 1999	
Haschisch	92 %	-	40,1 %	1*
Cannabis	86 %	67 %	26,3 %	
Marijuana	-	-	25,3 %	
Cocaïne	99 %	56 %	53,7 %	2
Héroïne	99 %	40 %	44,9 %	3
Ecstasy	-	29 %	39,1 %	4
LSD	-	22 %	26,7 %	5
Tabac	77 %	17 %	20,8 %	6
Alcool	84 %	14 %	20,3 %	7
Crack	-	-	12,2 %	8
Morphine	-	7 %	7,5 %	9
Opium	94 %	7 %	6,3 %	10
Certains médicaments	-	-	5,5 %	11
Les médicaments	-	-	4,4 %	12
Amphétamines	75 %	2 %	4,4 %	12
Drogues synthétiques	-	-	3,4 %	14
Acides	-	-	2,1 %	15
Colle	77 %	-	1,3 %	16
Produits dopants	-	-	1,3 %	16
Autres opiacés	-	-	1,3 %	16
Champignons hal.	-	-	1,1 %	19
Café	9 %	-	1,1 %	19
Solvants	-	-	0,9 %	21
Éther	78 %	3 %	-	
Tranquillisants	77 %	3 %	-	
Autre	-	-	2,3 %	
Ne sait pas	-	14 %	6,2 %	

Source : CFES 1993, Publimétrie 1997, OFDT 1999

* Au moins l'un de ces trois produits a été cité par 78 % des personnes interrogées.
NB : les tirets désignent les substances non proposées par les répondants en 1997 et en 1999, et par les enquêteurs en 1993

La place des produits licites

Trois points doivent être ici soulignés. D'abord, en 1999, mais aussi dans les deux autres enquêtes, l'alcool et le tabac occupent une place secondaire mais néanmoins centrale au sein des psychotropes (respectivement 6^e et 7^e rang des substances déclarées en 1999). Ensuite, l'alcool est de plus en plus souvent déclaré spontanément comme une drogue (20,3 % en 1999 vs 14 % en 1997). Cela est vraisemblablement lié, en partie, à la médiatisation des conclusions du rapport Roques, et en particulier aux tableaux de classement de la dangerosité des produits dont la presse s'est faite l'écho et qui positionnaient l'alcool au même niveau que l'héroïne. Ainsi, l'augmentation de déclarations spontanées est plus faible pour le tabac (20,8 % en 1999 vs 17 % en 1997). Enfin, l'enquête de 1993 permettait de voir que, lorsque cela est proposé, l'accord sur le fait que l'alcool et le tabac sont des drogues est assez massif (respectivement 84 % et 77 %).

Le fait de citer spontanément l'alcool est très lié au fait de citer le tabac. En effet, 83,3 % de ceux qui considèrent l'alcool comme une drogue citent également le tabac (réciproquement, 81,4 % de ceux qui considèrent le tabac comme une drogue citent également l'alcool). Les individus ayant cité l'alcool énoncent en moyenne deux substances de plus que les autres (6 vs 3,7), et il en va de même pour le tabac (5,7 vs 3,7). Néanmoins, le lien entre le fait de citer l'alcool et le fait de citer le tabac étant très fort, on peut considérer que ces deux produits de plus correspondent à peu de choses près à l'alcool et au tabac. Les individus qui citent ces produits ne connaissent donc pas plus de substances illicites.

Les facteurs associés au fait de citer l'un de ces deux produits sont les mêmes. Dans les deux cas, le sexe n'a pas d'influence significative, tandis que le fait d'avoir déjà consommé du cannabis, de se sentir bien informé sur les drogues ou d'avoir un niveau scolaire élevé favorisent la mention du tabac ou de l'alcool parmi les drogues. Pour l'âge, on voit apparaître un effet cycle de vie, avec une évolution en U inversé : ce sont les catégories d'âge les plus actives qui citent le plus fréquemment l'alcool ou le tabac parmi les drogues (plus de 24 % pour ces deux substances parmi les 35-49 ans), tandis que les plus jeunes et les plus âgés les citent moins souvent. Quel que soit le facteur considéré, il est toujours plus discriminant pour le fait d'avoir cité l'alcool que pour celui d'avoir cité le tabac, ce dernier comportement apparaissant donc un peu plus homogène.

Concernant les médicaments, deux modalités de réponses sont apparues : « Certains médicaments » et « Les médicaments ». Parmi les 8,7 % d'individus à avoir cité l'une ou l'autre, les 35-49 ans sont légèrement

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

	Alcool	Tabac
<u>Âge en six classes :</u>		
15 - 17 ans	10,1 %	13,9 %
18 - 24 ans	16,7 %	15,6 %
25 - 34 ans	20,3 %	21,6 %
35 - 49 ans	24,8 %	24,1 %
50 - 64 ans	22,5 %	23,2 %
65 - 75 ans	14,6 %	15,7 %
<u>Cannabis :</u>		
Déjà pris du cannabis	31,9 %	27,8 %
Jamais pris de cannabis	17,5 %	19,1 %
<u>Niveau information perçu :</u>		
Bien informé	24,0 %	23,4 %
Mal informé	15,2 %	17,2 %
<u>Niveau scolaire :</u>		
Inférieur au bac	15,5 %	18,2 %
Bac pro.	18,2 %	18,8 %
Bac général	26,7 %	23,9 %
Supérieur	29,1 %	26,1 %
Total	20,3 %	20,8 %

Source : OFDT 1999

Tous les croisements présentés dans ce tableau sont significatifs au seuil 0,01 (test d'indépendance du χ^2).

surreprésentés (40,4 % vs 29,4 %), mais on retrouve toutes les tranches d'âge. Aucun facteur n'apparaît très discriminant. Toutefois, les individus de cette catégorie ressentent une « peur de prendre, ne serait-ce qu'une fois des médicaments pour les nerfs » inférieure à l'ensemble de l'échantillon (50,8 % vs 55,2 %) ; et ils sont significativement plus expérimentateurs de cannabis (26,9 % vs 19,6 %) ou d'autres drogues illicites en général¹⁹ (9,4 % vs 3,6 %).

L'effet enquêteur

L'effet enquêteur fait parfois l'objet d'investigations mesurant la significativité des différences entre les réponses obtenues par plusieurs enquêteurs (cf. Berthier *et al.*, 1996 ; Deville, 1994). Cet effet est courant puisque le ton, la motivation, le professionnalisme de l'enquêteur peuvent réellement influencer les réponses des individus interrogés. Cela est d'autant plus vrai dans le cas d'une question ouverte demandant un effort de mémoire : « Quelles sont toutes les drogues que vous connaissez ? » Sur cette question, le nombre de relances est primordial, en particulier pour les répondants qui connaissent peu le sujet ; à l'inverse, pour ceux qui le connaissent mieux, le temps laissé par l'enquêteur pour réfléchir et la motivation dont il fera preuve pour les inciter à mentionner d'autres produits pourront faire augmenter sensiblement le nombre de substances citées.

Les 34 enquêteurs ont réalisé en moyenne 58,9 entretiens chacun. L'enquêteur ayant le nombre moyen de drogues citées le plus faible est à 2,53. Il faut noter qu'il a réalisé 72 entretiens au cours de la période d'enquête. Celui qui a le nombre moyen de drogues citées le plus élevé est à 4,86, mais il n'a réalisé que 35 entretiens. Il aurait été étonnant de ne pas trouver un tel écart, mais ces résultats conduisent néanmoins à certaines considérations : il est important, lors de la formation des enquêteurs, de leur donner une consigne de relance précise pour éviter que les plus rapides ne réduisent artificiellement le nombre de substances citées. Toutefois, si la moyenne de produits cités par enquêteur est corrélée négativement au nombre d'entretiens réalisés, ce coefficient de corrélation (- 0.17) reste faible et non significativement différent de 0. À partir des quelques informations dont on dispose sur les enquêteurs, on a par ailleurs pu vérifier que ni l'âge de l'enquêteur²⁰ ni son sexe²¹ n'ont d'effet significatif sur le nombre de produits cités par les personnes interrogées.

19. Le détail par substance ne fournit pas d'information supplémentaire.

20. R de Pearson = 0,043 ; p = 0,066 ; il faut noter que les deux tiers des enquêteurs ont moins de 30 ans.

21. Rho de Spearman = - 0,026 ; p = 0,251. Ce test, plus sensible que le test d'égalité des moyennes, mesure la relation entre une variable quantitative et une variable nominale.

Perceptions des risques et de la dangerosité liés aux produits

État des connaissances et contexte

Le rapport du professeur Roques rendu au secrétaire d'État à la Santé en mai 1998, intitulé « *Problèmes posés par la dangerosité des drogues* », fait le point sur les effets à court et à long terme des substances licites et illicites, en particulier pour le système nerveux central. La dangerosité individuelle et collective y est examinée au regard des bilans sur la prévalence, les risques sociaux, la morbidité et la comorbidité²² des substances. Largement médiatisé à sa sortie, il a suscité de nombreuses controverses, en particulier chez les alcooliers qui se sont plaints d'être ainsi classés parmi les « dealers ».

Selon le rapport Roques, la consommation de toutes les substances psychoactives conduit à une stimulation du système de récompense. Il n'existe pas de corrélation directe entre la libération de dopamine dans le système limbique et le risque de dépendance ou même l'intensité de la récompense. L'hypothèse selon laquelle les « drogues dures » provoqueraient une hypersensibilité du système dopaminergique n'est pas parfaitement établie et son mécanisme moléculaire demeure inconnu. Le rapport note encore que tous les individus ne présentent pas la même vulnérabilité : c'est la conjonction défavorable du patrimoine génétique et du contexte socioculturel et émotionnel qui faciliterait la « dérive possible » vers l'addiction. Ainsi un environnement familial et socioculturel conflictuel dans l'enfance constitue-t-il un facteur de risque de dépendance particulièrement élevé, qui semble aggravé par la précocité de la première expérience. La dépendance psychique, évaluée par la longueur des effets de rémanence, par « l'attirance » vers le produit et par l'évaluation approximative des rechutes, se manifeste aussi bien pour le tabac et l'alcool que pour l'héroïne. L'évaluation de la dangerosité sociale d'un produit tient compte des conduites agressives et incontrôlées induites directement par sa prise, ou indirectement lorsque le consommateur tente de s'en procurer. Cette évaluation conduit à placer l'héroïne, la cocaïne et l'alcool dans un groupe à forte dangerosité. Pour évaluer l'impact global sur la santé publique, il faut aussi tenir compte du nombre de consom-

22. La morbidité d'une substance désigne l'ensemble des maladies qu'elle peut provoquer. Sa comorbidité renvoie aux maladies dont elle peut être un facteur aggravant ou une cause associée à d'autres.

mateurs. L'héroïne, l'alcool et le tabac font alors partie du groupe à toxicité générale élevée.

Selon le rapport Roques, aucune de ces substances n'est donc dépourvue de danger, toutes sont susceptibles de procurer du plaisir (le tabac à un degré nettement moins important). Toutes peuvent entraîner des effets de dépendance psychique. Trois groupes ont ainsi pu être distingués en termes de « dangerosité » comparée : le premier comprend l'héroïne (et les opiacés), la cocaïne et l'alcool, le second les psychostimulants, les hallucinogènes, le tabac et les benzodiazépines, et enfin plus en retrait le cannabis. Ce regroupement ne constitue pas pour autant un résultat définitif, le rapport concluant également à la nécessité de poursuivre et développer des recherches sur ces questions, que ce soit par le biais des sciences sociales ou celui de la recherche fondamentale²³.

Facteurs de dangerosité des drogues (rapport Roques, reproduction partielle)

	Héroïne (opioïdes)	Cocaïne	MDMA	Psychostimulants	Alcool	Benzodiazépines	Cannabinoïdes	Tabac
Dépendance physique	Très forte	Faible	Très faible	Faible	Très forte	Moyenne	Faible	Forte
Dépendance psychique	Très forte	Forte mais intermittente	?	Moyenne	Très forte	Forte	Faible	Très forte
Neurotoxicité	Faible	Forte	Très forte (?)	Forte	Forte	Nulle	Nulle	Nulle
Toxicité générale	Forte ^{a/}	Forte	Très forte (?)	Forte	Forte	Très faible	Très faible	Très forte (cancer)
Dangerosité sociale	Très forte	Très forte	Faible (?)	Faible, possibles exceptions	Forte	Faible ^{b/}	Faible	Nulle
Traitement substitutifs ou autres existants	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Non recherché	Non recherché	Oui

a/ pas de toxicité pour la méthadone et la morphine en usage thérapeutique

b/ sauf conduite automobile et utilisation dans des recherches de « soumission » ou d'« autosoumission » où la dangerosité devient alors très forte.

23. Ajoutons que les normes de l'OMS situent le seuil de dangerosité de 1 à 2 verres d'alcool quotidiens pour les femmes et de 3 à 4 pour les hommes.

Par ailleurs, l'INSERM a conduit en 1997 une expertise collective sur l'ecstasy (cf. INSERM, 1998), avec un groupe constitué de chercheurs et de cliniciens dans les domaines de la toxicologie, de la pharmacologie, de la neurologie, de la psychiatrie, de l'épidémiologie et de la sociologie.

Trois conséquences graves de la consommation de l'ecstasy, dues aux propriétés pharmacologiques de la molécule MDMA, composé essentiel de l'ecstasy, ont ainsi été mises en évidence :

La survenue possible, bien qu'exceptionnelle, dès la première prise ou après plusieurs prises bien supportées, d'un syndrome associant le plus souvent une hyperthermie, et pouvant conduire au décès ;

L'apparition de complications psychiatriques plus ou moins longtemps après la prise de l'ecstasy, dont il est difficile de dire aujourd'hui si elles sont induites *de novo* ou révélées par la consommation d'ecstasy ;

La mise en évidence de lésions neurologiques irréversibles chez les primates, pour des doses de MDMA voisines de celles habituellement consommées.

Ces propriétés pharmacologiques font de la MDMA un produit toxique indépendamment de tout abus. Les experts concluent à la nécessité de diffuser une information rigoureuse sur cette toxicité.

Perception globale de la dangerosité liée aux produits

Niveaux en 1999

Concernant la dangerosité des produits, il était demandé à l'enquêté de répondre à la question suivante : « Quel est selon vous le produit le plus dangereux parmi les suivants : médicaments pour les nerfs, héroïne, cocaïne, cannabis, ecstasy, tabac et alcool » (l'ordre de citation étant aléatoire). Les résultats sont les suivants :

Substance jugée la plus dangereuse

Héroïne	41,1 %
Cocaïne	19,8 %
Ecstasy	16,7 %
Alcool	6,4 %
Cannabis	3,4 %
Tabac	2,2 %
Médicament pour les nerfs	1,6 %
Tous (spontané)	0,9 %
NSP	7,5 %
NVPD	0,4 %

Source : OFDT - 1999

Une majorité relative (41,1 %) cite l'héroïne comme étant le produit le plus dangereux parmi ceux proposés. La cocaïne et l'ecstasy complètent le groupe des produits les plus choisis, avec respectivement 19,8 % et 16,7 %. Pour les produits peu choisis, on peut noter que le cannabis l'est significativement moins souvent que l'alcool, mais plus que le tabac. Il faut noter que les « Ne sait pas » (NSP) concernent parfois des enquêtés qui n'ont

pas réussi à se positionner dans la liste²⁴ car ils voulaient proposer un autre produit (le crack, le PCP²⁵...) ou absolument en citer deux (l'héroïne et la cocaïne), ou encore expliciter leur réponse pour préciser qu'ils différencieraient bien le danger pour l'individu de celui pour la société. Ainsi un professeur de 54 ans déclare-t-il : « Statistiquement, l'alcool est le plus dangereux parce qu'il fait le plus de ravages. Après c'est l'héroïne car les atteintes sont plus graves qu'une petite cuite » ; un homme, profession intermédiaire, de 43 ans dit : « Je crois que c'est l'ecstasy, mais l'alcool tue 30 000 personnes par an » ; un cadre de 35 ans déclare : « Au plan de la santé publique, le tabac est aussi dangereux que les autres produits ; au plan de l'individu, l'ecstasy l'est particulièrement »²⁶.

Parmi les facteurs discriminants, le fait d'avoir déjà consommé du cannabis au cours de sa vie est lié positivement au fait de choisir l'alcool ou l'héroïne comme produit le plus dangereux. L'âge apparaît également déterminant, 55 % des 18-24 ans citant l'héroïne, alors que les mineurs et les plus âgés citent relativement plus la cocaïne (26 %) ou le cannabis (6,5 %). La proportion de ceux qui ne savent pas quoi répondre augmente de façon linéaire avec l'âge. On note également une influence du sexe (les hommes choisissant plus souvent l'héroïne) et du fait de se dire bien informé (ceux qui se disent mal informés ont plus souvent tendance à ne pas se prononcer ou à désigner le cannabis comme produit le plus dangereux, choisissant alors moins souvent l'héroïne).

Pour les trois produits cités le plus souvent parmi les plus dangereux (l'héroïne, la cocaïne et l'ecstasy), des régressions logistiques ont été réalisées pour mesurer l'impact des facteurs associés toutes choses égales par ailleurs. Il apparaît d'abord qu'une fois contrôlés les effets de l'âge et du diplôme, la proximité au cannabis et le niveau d'information perçu cessent d'être associés significativement au choix de l'une de ces trois substances. Les modèles présentés dans le tableau ci-contre ne tiennent donc pas compte de ces deux variables. L'âge n'a pas d'incidence significative sur le choix de la cocaïne. En revanche, les catégories d'âge intermédiaires choisissent davantage l'héroïne, et les plus jeunes davantage l'ecstasy (toutes choses

24. Lorsque l'enquêté insistait pour donner une réponse différente de celles proposées, l'enquêteur pouvait noter sur une feuille la réponse en clair. Pour les analyses multivariées, dans le but de situer les répondants dans la catégorie la plus proche de leur réponse, les réponses multiples ont été recodées dans la première substance citée (ex : « l'héroïne et la cocaïne » recodé dans « héroïne »).

25. Phencyclidine, également appelé « poussière d'ange ».

26. Ces diverses réactions suggèrent des pistes pour une amélioration du questionnaire : on pourrait distinguer par exemple le danger pour le consommateur du danger « pour la société », ou encore distinguer le produit jugé le plus dangereux de celui dont l'enquêté pense qu'il fait le plus de victimes. Il faut dire que cette question était avant tout conçue comme une rupture après une série lassante sur le seuil de dangerosité de chaque produit.

égales par ailleurs, les 15-17 ans ont deux fois plus de chances d'opter pour l'ecstasy). Les plus diplômés choisissent plus souvent l'héroïne ou l'ecstasy, et moins souvent la cocaïne. Le sexe n'a d'influence que pour l'héroïne (plus fréquemment citée par les hommes). Enfin, lorsque le nombre de substances citées comme des drogues augmente, l'héroïne est plus fréquemment choisie, et la cocaïne moins souvent : par exemple, relativement à un individu qui ne cite aucune substance, celui qui en cite six a 1,7 fois plus de chances d'opter pour l'héroïne, et deux fois moins de chances d'opter pour la cocaïne²⁷.

Modélisation logistique du choix du produit le plus dangereux

	Odds ratio pour... (avec IC 95 %*)		
	... l'héroïne	... la cocaïne	... l'ecstasy
Âge en six classes :			
15 - 17 ans	1,0 [0,6 ; 1,7]	1,1 [0,6 ; 1,9]	2,0 [1,1 ; 3,7]
18 - 24 ans	2,2 [1,5 ; 3,3]	1,3 [0,8 ; 2,0]	0,6 [0,4 ; 1,1]
25 - 34 ans	1,8 [1,3 ; 2,6]	1,1 [0,8 ; 1,7]	0,8 [0,5 ; 1,3]
35 - 49 ans	1,5 [1,1 ; 2,1]	0,8 [0,6 ; 1,2]	1,1 [0,7 ; 1,7]
50 - 64 ans	1,3 [0,9 ; 1,8]	0,6 [0,4 ; 0,9]	1,3 [0,8 ; 2,0]
référence : 65 - 75 ans	1	1	1
Niveau scolaire :			
aucun diplôme	0,5 [0,3 ; 0,7]	2,6 [1,7 ; 4,0]	0,5 [0,3 ; 0,8]
certificat d'études	0,6 [0,4 ; 0,8]	2,4 [1,5 ; 3,7]	0,4 [0,2 ; 0,7]
CAP	0,6 [0,4 ; 0,8]	1,7 [1,1 ; 2,5]	1,1 [0,7 ; 1,5]
BEP, BEPC	0,8 [0,6 ; 1,0]	1,6 [1,1 ; 2,4]	0,8 [0,5 ; 1,1]
Bac	0,8 [0,6 ; 1,1]	1,5 [1,0 ; 2,2]	1,0 [0,7 ; 1,4]
référence : enseignement supérieur	1	1	1
Sexe :			
homme	1,3 [1,1 ; 1,6]	1,1 [0,9 ; 1,4]	0,8 [1,0 ; 1,1]
référence femme	1	1	1
nombre de substances citées	1,1 [1,0 ; 1,1]	1	1,1 [1,0 ; 1,1]

Source : OFDT 1999

* intervalle de confiance à 95 %

27. $1,7=1,1^6$ et $0,5=0,9^6$.

Seuil de dangerosité perçu pour chaque substance

Concernant la dangerosité des produits, l'objectif était de déterminer un seuil à partir duquel la consommation est jugée dangereuse pour la santé. Cette question était posée pour les sept produits déjà cités²⁸. La préparation du questionnaire sur cette partie s'est avérée particulièrement délicate car chaque produit est associé à des modes d'usages différents, comme le prouvent les questions proposées par le groupe de travail européen pour l'amélioration de la comparabilité des enquêtes au sein de l'Union Européenne (cf. Bless *et al.*, 1997) :

Dans quelle mesure pensez-vous que les gens risquent leur santé, physique ou autre, lorsqu'ils font les choses suivantes (de « très risqué » à « sans risque ») :

- essayer de la cocaïne ou du crack une fois ou deux ;
- essayer de l'ecstasy une fois ou deux ;
- fumer régulièrement du cannabis ;
- fumer un paquet de cigarettes par jour ;
- boire 5 verres d'alcool ou plus, une ou deux fois chaque week-end.

Ces questions n'ont pas été reprises ici car elles mêlaient de façon indissociable substances et comportement. À l'inverse, poser une question trop générale conduit à ne pas pouvoir réellement interpréter le résultat²⁹. L'idéal aurait été de demander aux enquêtés leur degré d'accord sur la dangerosité de l'expérimentation, de l'usage occasionnel, puis de l'usage régulier, mais cela représentait un trop grand nombre de questions (et une passation très lassante³⁰, en particulier pour les individus ne faisant pas de différences entre les substances citées). Aussi a-t-il été décidé de leur demander de situer eux-mêmes le seuil à partir duquel ils estimaient que la consommation de chaque produit devient dangereuse³¹, comme c'est le cas pour la question concernant le risque de dépendance. On a donc donné comme consigne aux enquêteurs de prendre plus de temps pour ces questions (en leur expliquant la problématique et en leur signalant qu'ils en posaient finalement moins que prévu), afin que les gens comprennent bien qu'on leur demande un « seuil à partir duquel » et non pas « la situation la plus dangereuse parmi les suivantes ». Il convenait aussi de ne pas forcer les réponses en n'effectuant qu'une seule relance si la personne ne répondait pas³². Les enquêteurs ont relevé que lorsque les gens semblaient « un peu dépassés » par ces questions, ils avaient tendance à

28. Héroïne, cocaïne, ecstasy, alcool, cannabis, tabac, médicaments pour les nerfs.

29. Sondage CSA : 80 % des Français jugent l'alcool plus dangereux que le cannabis (L'actu du 30/06/1999).

30. Lors des tests, ce module avait été jugé un peu long lorsqu'il posait plusieurs questions par produit. Un tel questionnaire aurait peut-être été faisable sous forme de tableau en autoadministré.

31. L'avantage est de regrouper deux questions en une et de laisser à l'enquêté un choix plus important dans sa réponse. Le défaut est que ce choix est plus difficile à faire que d'être simplement « plus ou moins d'accord » avec une proposition formulée par l'enquêteur.

32. On souhaitait distinguer ceux qui ne connaissaient pas le produit de ceux qui ne savaient pas et de ceux qui ne souhaitaient pas répondre (parce qu'ils trouvaient ça trop personnel, qu'ils n'aimaient pas la question ...). Toutefois les effectifs recueillis pour ces trois cas se sont avérés très faibles et non pas été distingués.

répondre : « C'est dangereux dès qu'on essaie », ce qui tend à prouver que l'on associe une dangerosité forte à ce que l'on connaît mal ou pas du tout.

D'emblée, l'héroïne, et à peine moins la cocaïne, sont associées à un dommage immédiat par une très forte majorité. Si l'on croise ces deux opinions, il apparaît que seuls 3,1 % estiment le seuil de dangerosité de l'héroïne supérieur à celui de la cocaïne, 6,9 % jugeant réciproquement que la cocaïne est dangereuse relativement plus « tard » que l'héroïne, les 90 % restant donnant un seuil identique pour les deux substances. Pour l'ecstasy, l'expérimentation apparaît relativement moins dangereuse (même si ça reste l'avis des trois quarts de l'échantillon), mais il faut noter ici la proportion assez importante d'individus ne sachant pas ou déclarant ne pas connaître ce produit. Sur ces produits, quelques répondants préfèrent refuser les modalités proposées et donner une réponse qui leur convient mieux³³. Pour un peu plus de la moitié de l'échantillon, le cannabis est dangereux dès qu'on l'essaie. Un tiers juge la consommation régulière sans danger, 5,3 % de l'échantillon jugeant que ce produit n'est jamais dangereux, ce qui n'est le cas d'aucun autre produit mis à part les médicaments pour les nerfs avec 2,4 %. Enfin, en croisant les opinions sur le cannabis et l'héroïne, on voit que 40,7 % jugent le cannabis relativement moins dangereux que l'héroïne sur cette échelle alors que seuls 2,2 % pensent que c'est l'inverse.

Seuils de dangerosité pour la santé perçus pour les différents produits

	Cannabis	Tabac	Alcool	Cocaïne	Médic ³⁴	Héroïne	Ecstasy
En une seule occasion (spontané)	-	-	8,2 %	-	-	-	-
Dès qu'on essaie	51,3 %	20,7 %	5,7 %	84,2 %	20,3 %	87,8 %	75,6 %
Dès qu'on en prend de temps en temps	12,3 %	0,6 %	1,4 %	7,3 %	20,6 %	6,0 %	9,4 %
Toutes les semaines ³⁵	-	-	-	-	-	-	3,5 %
Tous les jours	28,1 %	76,2 %	79,2 %	7,0 %	48,0 %	5,2 %	5,6 %
Ce n'est jamais dangereux	5,3 %	-	0,1 %	0,1 %	2,4 %	-	0,1 %
Autre	1,3 %	0,9 %	3,2 %	0,2 %	2,6 %	0,1 %	0,1 %
Hors prescription (spontané)	-	-	-	-	3,5 %	-	-
NSP, NVPD, ne connaît pas	1,8 %	1,6 %	2,3 %	1,2 %	2,6 %	0,9 %	5,8 %*
Total	100 %	100 %	100 %				

Source : OFDT 1999

* dont 4,9 % de « ne connaît pas l'ecstasy »

33. Sur l'ecstasy, un enquêté situe le danger soit dans la régularité, soit si la dose est trop forte, sur l'héroïne quelques-uns, rares, évoquent l'hygiène, le risque de surdose et différencient selon le contexte ; d'autres, enfin, situent le seuil encore plus bas « dès qu'on y pense ».

34. Le terme utilisé était « médicament pour les nerfs », avec au besoin la précision « tranquilisant, somnifères antidépresseurs ».

35. Modalité proposée uniquement pour l'ecstasy.

Au regard d'enquêtes plus anciennes, telles que les Eurobaromètres³⁶, il apparaît que la perception de la dangerosité des produits a évolué depuis le début des années 1990³⁷. En effet, à la question « Parmi les drogues suivantes, quelles sont celles qui, selon vous, sont dangereuses ? », on obtenait les réponses résumées dans le tableau ci-dessous.

Dangerosité des produits (Eurobaromètres 1992 et 1995)

Substances	1992	1995
Héroïne	91 %	91 %
Cocaïne	89 %	86 %
Morphine	86 %	75 %
LSD	82 %	73 %
Crack	74 %	74 %
Colle	75 %	64 %
Ecstasy	61 %	60 %
Anabolisants, dopants	-	60 %
Cannabis, haschisch	69 %	55 %
Marijuana	69 %	54 %

Source : Eurobaromètres 1992 et 1995.

Si l'héroïne et la cocaïne d'une part et le cannabis d'autre part sont à des niveaux comparables entre ces enquêtes et celle de 1999, la place de l'ecstasy quant à elle est tout autre (en 1992, le cannabis était jugé dangereux plus souvent que l'ecstasy). On voit donc ici indirectement que l'ecstasy a quitté son image de pilule de l'amour du début des années 1990 pour endosser celle de « drogue dure » en 1999, même si c'est à un niveau moindre que l'héroïne et la cocaïne. Les « médicaments pour les nerfs » se distinguent des autres produits dans le sens où les enquêtés ont parfois répondu spontanément que la dangerosité dépendait avant tout du respect de la prescription, au point qu'un d'entre eux la situe lorsque le patient suggère la prescription au médecin. Quelques répondants évoquent le contexte familial. Une partie d'entre eux, sans doute déconcertée, a répondu « lorsqu'on en prend de temps en temps », plaçant ainsi globalement les médicaments psychotropes entre le cannabis d'une part et l'alcool et le tabac d'autre part. Cette question complète bien celle sur le produit le plus dangereux pour restituer la complexité de la situation du cannabis. Moins souvent citée que l'alcool comme substance la plus dangereuse, son expérimentation est jugée dangereuse pour la santé par 51,3 % des enquêtés, contre seulement 5,7 % pour l'alcool.

36. Échantillons aléatoires d'un millier d'enquêtés âgés de 15 ans et plus, interviews réalisées en face à face.
 37. Si la diversité des questions rend ici la comparaison très délicate, on peut néanmoins observer l'évolution des rangs relatifs entre les différents produits.

Par ailleurs, la perception de la dangerosité d'un produit a été croisée avec la déclaration spontanée de ce même produit comme étant « une drogue ». Si le fait de citer la cocaïne, l'héroïne ou l'ecstasy³⁸ est sans incidence notable sur la perception de la dangerosité de ces produits, en revanche ceux qui ne citent pas spontanément le cannabis ou l'un de ses dérivés situent le seuil de dangerosité pour cette substance beaucoup plus « tôt » : 63,6 % répondent « dès qu'on essaye », contre 47,7 % parmi ceux qui ont cité le cannabis. Cela tend à prouver que l'opinion publique est assez uniforme sur les psychotropes les plus puissants, alors qu'une certaine forme de connaissance ou de familiarité joue un rôle sur la perception du danger lié à la consommation de cannabis³⁹.

En conclusion, le seuil de dangerosité perçu dépend des produits ; la cocaïne, l'héroïne ou l'ecstasy apparaissent dangereux pour la santé dès la première prise, alors que pour les autres produits évoqués, la perception du danger est plus nuancée.

Dangerosité pour la santé des produits selon qu'ils ont été cités ou non

		Dès qu'on essaye	De temps en temps	Tous les jours	Jamais dangereux	Autre, NSP	n
Cocaïne	Citée	86,5 %	7,1 %	5,6 %	0,1 %	0,7 %	1077
	Non citée	81,5 %	7,6 %	8,6 %	0,0 %	2,3 %	926
Héroïne	Citée	89,2 %	7,0 %	3,3 %	0,0 %	0,4 %	899
	Non citée	86,6 %	5,2 %	6,6 %	0,0 %	1,6 %	1103
Ecstasy	Citée	80,9 %	13,8 %*	4,1 %	0,1 %	1,2 %	784
	Non citée	72,2 %	12,3 %**	6,7 %	0,1 %	8,8 %	1218
Cannabis	Citée	47,7 %	12,9 %	30,5 %	6,3 %	2,6 %	1547
	Non citée	63,3%	10,3 %	19,7 %	1,8 %	4,6 %	454
Alcool	Citée	5,2 %	1,2 %	79,6 %	0,2 %	13,8 %	407
	Non citée	5,9 %	1,4 %	79,1 %	0,0 %	13,9 %	1595
Tabac	Citée	24,3 %	0,5 %	73,6 %	0,0 %	1,7 %	416
	Non citée	19,8 %	0,6 %	77,0 %	0,0 %	2,6 %	1584
Médicaments	Citée	16,6 %	14,2 %	51,7 %	1,3 %	16,3 %	176
	Non citée	20,7 %	21,2 %	47,6 %	2,5 %	8,0 %	1826

Source : OFDT 1999

* dont 4,1 % précisant « toutes les semaines »
 ** dont 3,1 % précisant « toutes les semaines »

38. Le cas de l'ecstasy est particulier, car 4,9 % des individus ont déclaré ne pas connaître cette substance.
 39. Si l'on examine plus précisément le lien entre l'appellation utilisée et la dangerosité perçue du cannabis, on constate que les individus qui emploient les termes « shit », « cannabis » ou « marijuana » ont une perception du danger lié à l'usage de cannabis moins forte que ceux qui emploient les termes « joint » ou, dans une moindre mesure, « haschisch ».

Le cas du tabac et de l'alcool

Parmi les questions relatives au seuil de dangerosité, deux se sont avérées particulièrement difficiles à formuler : il s'agit de celles sur le tabac et l'alcool. En effet, il n'était pas pertinent de garder pour ces substances l'échelle employée pour les drogues illicites ou les médicaments psychotropes, les pratiques étant par essence trop différentes. Nous avons pris le parti de ne pas trop fermer ces deux questions pour situer plus qualitativement cette perception du risque pour la santé lié à la consommation d'alcool et de tabac⁴⁰. Comme le montre le tableau ci-dessous, en ce qui concerne le tabac, la dangerosité est profondément associée à l'usage quotidien, même si un répondant sur cinq l'établit dès la première cigarette. De même, si, comme l'ont rapporté certains enquêteurs lors du bilan de l'enquête, la notion de dangerosité pour l'alcool est parfois assimilée à celle de l'ivresse, elle reste le plus souvent associée à un usage régulier, en particulier quotidien.

Seuils de dangerosité pour la santé perçus pour le tabac et l'alcool⁴¹

	Tabac	Alcool
Une quantité quotidienne	76,2 %	79,2 %
Une quantité prise en une seule occasion	-	8,2 %
Dès qu'on essaie	20,7 %	5,7 %
Dès qu'on en prend de temps en temps	0,6 %	1,4 %
Ce n'est jamais dangereux	-	0,1 %
Autre	0,9 %	3,2 %
NSP	1,6 %	2,3 %

Source : OFDT 1999

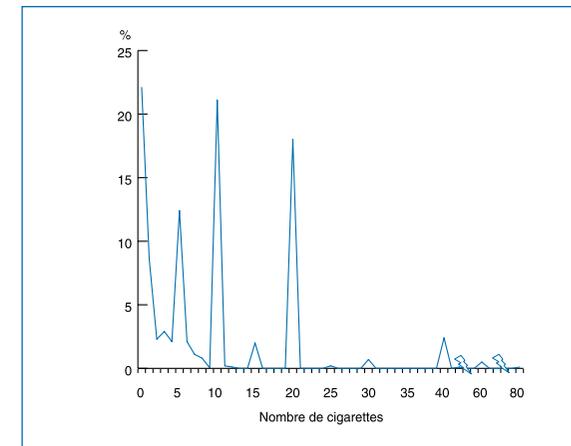
40. Les formulations les plus courantes, dans les enquêtes du CFES ou de la DREES notamment, retiennent l'usage quotidien afin de recueillir une information plus standardisée, ce qui est d'autant plus légitime que l'objectif n'est pas une mise en regard des différentes substances psychoactives :

- À partir de combien de cigarettes par jour, pensez-vous que fumer soit dangereux pour la santé ?
- À partir de combien de verres d'alcool consommés par jour, pensez-vous qu'une femme qui boit quotidiennement met sa santé en danger ?
- À partir de combien de verres d'alcool consommés par jour, pensez-vous qu'un homme qui boit quotidiennement met sa santé en danger ?

41. En termes de codage, les individus qui n'ont pas répondu une consommation quotidienne ou un nombre de verres (resp. cigarettes) en une seule occasion (c'est-à-dire qui ont répondu, « jamais dangereux », « ne sait pas » « ne veut pas dire » ou « autre ») sont codés en valeurs manquantes pour le nombre de verres (resp. cigarettes).

Pour les deux produits, plus des trois quarts des enquêtés situent leur réponse par rapport à une consommation quotidienne (différenciée selon la quantité indiquée en nombre de verres et de cigarettes). Néanmoins, lorsque la réponse est d'un autre type, des nuances très sensibles apparaissent entre alcool et tabac. L'expérimentation de l'alcool est jugée inoffensive alors que celle du tabac est jugée dangereuse pour la santé par plus d'un Français sur cinq. Une seule personne estime qu'en aucune circonstance l'alcool n'est dangereux pour la santé, et personne n'imagine que le tabac puisse être dénué de danger. Pour près d'un Français sur douze, la dangerosité de l'alcool est avant tout liée à une prise excessive en une seule occasion. Pour le tabac, en termes de consommation moyenne, le seuil de dangerosité pour la santé est situé à 8,9 cigarettes quotidiennes (écart-type : 9,8). La médiane est à 5 cigarettes. Le graphique ci-dessous montre à quel point les avis sur la question sont disparates, mais se regroupent tout de même autour des quantités symboliques 5, 10 et 20 (un quart, un demi et un paquet entier).

Seuil de dangerosité perçue pour la consommation quotidienne de tabac



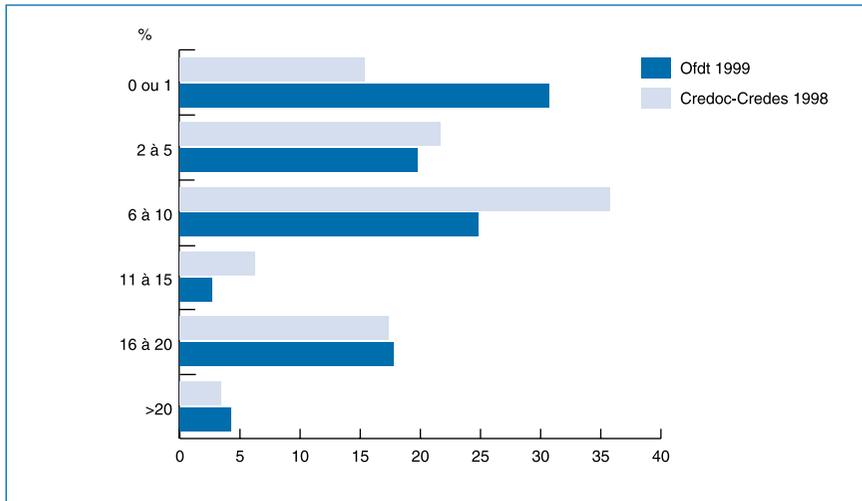
Source : OFDT 1999

Relativement à l'enquête CREDOC – CREDES⁴² de mai/juin 1998, la perception de ce seuil de dangerosité apparaît au premier abord avoir évolué, dans la mesure où en 1999 il est deux fois plus souvent situé à 0 ou 1 cigarette par jour (30,7 % contre 15,4 %)⁴³.

42. Enquête CATI sur 2 007 individus âgés de 15 à 65 ans, avec une représentation des fumeurs et des anciens fumeurs. Néanmoins, la procédure de redressement opérée dans cette enquête autorise la comparaison. La question posée était : « À partir de combien de cigarettes **par jour** pensez-vous que fumer soit dangereux pour la santé ? »

43. Pour 1999, les résultats concernent les 15 - 65 ans uniquement.

Seuil de dangerosité pour la santé du tabac, comparaison 1998-1999



Sources : CREDOC-CREDES 1998, OFDT 1999.

Cependant, il faut ici relever un effet de contexte lié à la formulation (l'enquête CREDOC – CREDES précisant d'emblée « par jour », insinuant de ce fait l'idée que l'expérimentation n'est pas dangereuse, ce qui est moins le cas de l'autre formulation). On ne peut donc conclure à une hausse du niveau de dangerosité associée à la consommation quotidienne de tabac.

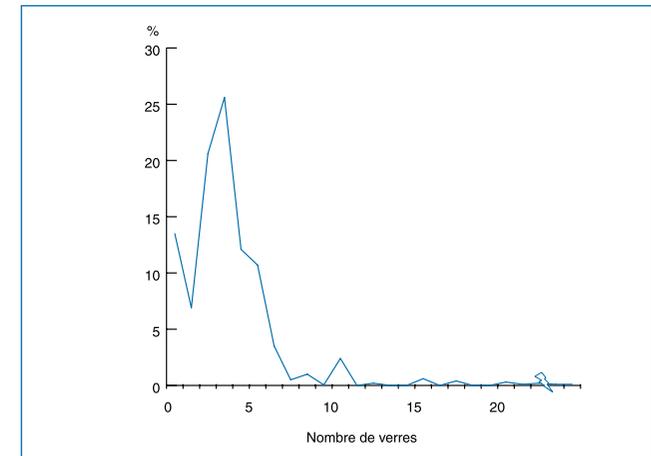
Concernant l'alcool, le nombre moyen de verres à partir duquel le danger est perçu est de 3,8 (écart-type : 6,7). La médiane est située entre 2 et 3 verres et le mode (valeur la plus fréquemment citée) est de 3 verres. Lors des entretiens, on a pu constater la large réception du slogan « Un verre ça va, trois verres bonjour les dégâts », fréquemment cité par les répondants comme point de repère pour fixer le seuil⁴⁴. Si l'on compare ce résultat avec celui d'une enquête effectuée en 1998 et centrée sur l'alcool⁴⁵, on relève que le nombre moyen de verres est ici plus faible (3,9 vs 4,3). Cet écart peut s'expliquer par le fait que l'enquête de 1998 posait la question en termes de consommation quotidienne, ce qui, comme dans le cas du tabac, incite les répondants à donner un chiffre supérieur ou égal à 1,

44. Environ la moitié de l'échantillon a répondu soit 2, soit 3 verres par jour, indiquant ainsi une différenciation dans la façon de fixer le seuil (au niveau mentionné par le slogan ou une unité en dessous, puisqu'à 3 verres c'est déjà « Bonjour les dégâts »).

45. Cf. l'enquête CFES-IPSOS réalisée auprès des 15 - 65 ans, *Les habitudes de consommation d'alcool des Français* (rapport d'étude).

alors qu'en 1999, plus de 10 % ont répondu « zéro ». Notons qu'en 1999 1,5 % des répondants ont situé le seuil de dangerosité au-delà de 20 verres quotidiens (le fixant parfois très loin comme le montre cette réponse extrême : « À partir de 5 bouteilles de whisky par jour »).

Seuil de dangerosité pour la santé pour la consommation quotidienne d'alcool



Source : OFDT 1999.

Il faut ici noter que la question sur les boissons est très réductrice dans la mesure où un nombre important de répondants aurait souhaité nuancer la réponse en fonction du type d'alcool⁴⁶. Un agriculteur, par exemple, considèrerait que le vin n'était pas de l'alcool quand il était bu au cours d'une journée de travail. Au-delà du cliché, cet exemple illustre la diversité des usages de l'alcool, en particulier alimentaire ou festif.

Pour ces questions sur le tabac et l'alcool, un certain nombre d'individus ont préféré répondre d'une façon différente (respectivement 0,9 % et 3,2 % de « autre »), estimant que la question de la dangerosité ne pouvait s'exprimer dans les termes présentés comme modalités de réponse. Pour le tabac, ceux-ci proposent des réponses liées à l'habitude, à l'accoutumance : « Dès que cela devient un besoin ». Une personne évoque la notion d'excès, une autre insiste sur le fait que tout dépend de l'individu. Une femme enfin rappelle que le niveau de danger est lié au fait d'avaler la fumée. En

46. Consigne était donnée aux enquêteurs d'expliquer qu'un verre, quel que soit le type d'alcool, contenait la même quantité d'alcool pur, mais cela ne s'est pas toujours avéré facile...

ce qui concerne l'alcool, la diversité des modes de consommation et des produits a conduit les enquêtés à des réponses plus variées. Les 63 individus classés en « autre » se partagent principalement entre des personnes qui auraient souhaité nuancer leur réponse en fonction de l'individu, de l'alcool ou de la relation entretenue avec l'alcool « c'est dangereux lorsque c'est une addiction ». Quelques (rares) autres associent avant tout cette dangerosité à des circonstances (quand on doit conduire, si on boit sans manger, quand on est trop jeune, si on boit dès le réveil).

En conclusion, on peut noter que malgré les différences dues au mode de consommation de l'alcool et du tabac, on voit tout de même se dessiner un consensus sur l'alcool, avec un seuil de dangerosité modal de 3 verres quotidiens, alors que sur le tabac, la notion de danger pour la santé semble beaucoup plus hétérogène, avec une répartition statistique des réponses caractérisée par trois, voire quatre, valeurs modales. Ce résultat, qui illustre l'impact des campagnes de communication en termes de seuil pour l'alcool, donne à réfléchir pour ce qui concerne le tabac.

Détermination du seuil de dépendance perçu

Pour le cannabis, la cocaïne et l'héroïne, il était demandé aux enquêtés « Selon vous, à partir de quand devient-il difficile de s'en passer ? » Le tableau ci-dessous résume les résultats obtenus.

Estimations du seuil de dépendance

	Cannabis	Cocaïne	Héroïne
Dès qu'on essaie	27,8 %	55,9 %	57,9 %
Dès qu'on en prend de temps en temps	22,4 %	21,7 %	21,2 %
Tous les jours	37,8 %	18,7 %	17,0 %
Ce n'est jamais difficile	8,0 %	0,8 %	0,9 %
Autre	0,8 %	0,4 %	0,5 %
NSP, NVPD, ne connaît pas	3,2 %	2,5 %	2,5 %
Total	100 %	100 %	100 %

Source : OFDT 1999.

Pour cette question portant sur la dépendance, certains enquêtés auraient souhaité pouvoir en préciser la nature, « physique » ou « psychologique », en particulier pour le cannabis mais aussi parfois pour la cocaïne. Il est

vrai que l'approche que nous avons retenue de la dépendance peut être contestée, dans le sens où d'autres possibilités de réponse auraient pu être proposées, qu'elles aient été factuelles (dès qu'on en prend le matin, quand on en consomme seul...) ou subjectives (dès qu'on serait prêt à modifier profondément ses habitudes pour en consommer...).

Néanmoins, la grille choisie permet de bien distinguer le cannabis de la cocaïne et de l'héroïne, ce qui tendrait à valider l'approche par les seuils de consommation : plus de la moitié des enquêtés considère qu'il est difficile de se passer d'héroïne ou de cocaïne dès qu'on essaie (respectivement 57,9 % et 55,9 %), contre seulement un peu plus du quart pour le cannabis (27,8 %), la réponse modale correspondant à une consommation quotidienne (37,8 %). L'héroïne et la cocaïne se distinguent très peu : seuls 4,0 % des personnes interrogées estiment le pouvoir addictif de la première supérieur à celui de la seconde, 6,0 % jugeant réciproquement que la cocaïne est relativement plus addictive que l'héroïne, les 90 % restants donnant un seuil identique pour les deux substances.

Par ailleurs, si l'on croise produit par produit ces questions avec celles relatives au risque pour la santé, il apparaît que la proportion d'individus proposant un seuil plus élevé pour le risque de dépendance est assez élevée, et sensiblement la même d'un produit à l'autre : 31,0 % pour la cocaïne, 31,3 % pour l'héroïne et 29,6 % pour le cannabis. Ces deux risques sont donc souvent dissociés par les enquêtés, et la différence opérée dépend moins des produits que des comportements.

Le risque d'escalade

Quelques réflexions préalables sur le risque d'escalade

La consommation d'une drogue dite « douce » conduit-elle à en consommer une plus « dure » ? Ce passage éventuel de l'une à l'autre est habituellement désigné par le terme d'escalade. Il s'agit ici de comprendre comment les enquêtés appréhendent cette notion d'escalade. Évidemment, dans le cadre de notre enquête, c'est une question d'opinion et non de connaissance. Il n'y a pas de « bonnes » ou de « mauvaises » réponses, les enquêtés qui adhèrent à la thèse de l'escalade ne sont pas victimes d'une peur irrationnelle, pas plus que ceux qui la rejettent ne sont inconscients du danger. Le problème de l'escalade entre substances dites « douces » et « dures » suscite aujourd'hui encore un débat tant scientifique que politique. Au sein de la communauté scientifique, aucun véritable consensus ne semble se dégager (même si une majorité rejette la thèse de l'escalade)⁴⁷, de sorte que chaque protagoniste peut s'appuyer avec de bonnes raisons sur ses propres experts, et accuser l'autre de pratiquer une « désinformation médiatique ». Les controverses autour des conclusions des rapports sur la dangerosité du cannabis (cf. Nahas, 1976 ; Roques, 1998) illustrent bien cette absence de consensus.

Une publication récente⁴⁸ permet en particulier de mieux comprendre comment la thèse de l'escalade peut être soutenue en référence à la notion de risque. Au nom du « principe de précaution », cette thèse s'y trouve comparée à la transmission à l'homme du prion de la vache folle et aux accidents nucléaires. C'est la notion de « risque » qui permet ici de rapprocher ces problèmes très disparates. Dans chacun de ces cas, selon l'expression consacrée, le « risque zéro » n'existe pas, dans la mesure où une incerti-

47. La question de l'escalade n'est pas uniquement médicale. Elle renvoie aussi à des processus sociaux, dont la socialisation des individus, au sein comme en dehors d'un groupe de pairs consommateurs.

48. Lettre de décembre 1999 du Comité National d'Information sur la Drogue (CNID), intitulée « Le principe de précaution et le cannabis ».

tude persiste : il n'est pas encore possible d'affirmer avec une totale certitude que le prion du bœuf se transmet bien à l'homme par voie alimentaire, les centrales nucléaires ne sont pas sûres à 100 %, et nul ne peut affirmer que l'usage de cannabis en tant que tel ne conduit jamais à consommer une substance plus nocive (l'héroïne en particulier).

La notion moderne de « risque » justifie une inquiétude radicale, parce qu'elle induit une conception probabiliste de la causalité : on ne pense plus en termes de cause simple, directe, nécessaire et suffisante, mais en termes de facteurs de risques, de corrélations statistiques. Cette transformation n'est pas étrangère à la prolifération du risque : si un danger se trouve subordonné à une cause précise, déterminée, il suffit pour l'éviter de se soustraire à cette cause. Par contre, face à une multitude de facteurs de risque, aussi ténus soient-ils, il n'est plus possible de se prémunir à coup sûr : le risque nul n'existe pas. Et la croissance exponentielle des informations, des données disponibles, ainsi que leur traitement statistique, accélèrent encore la diffusion du risque. Cette intrusion sans cesse croissante du risque dans notre quotidien et ses conséquences sont soulignées par F. Ewald (1986) : « La pente naturelle du risque est de proliférer partout ; le risque a un mode d'existence allusif ; à la fois présent et absent, il se loge en toute chose (...). Le risque donne présence effective – quantifiable – à ce qui n'est pourtant que probable. Ce nouveau rapport de la vie à elle-même et à la mort peut sans doute engendrer l'angoisse, et une sorte de frénésie individuelle et collective à se protéger⁴⁹. »

Ce poids de réalité donné au danger apparaît explicitement dans la publication citée plus haut : « Le risque d'escalade est une réalité (...) à l'origine chaque année de 40 000 cas d'exclusion sociale chez les jeunes⁵⁰. » La frénésie mentionnée par F. Ewald se traduit justement aujourd'hui par un recours de plus en plus systématique au désormais célèbre « principe de précaution ». Ce principe est corrélatif d'une nouvelle attitude à l'égard de la science et de la connaissance. À une confiance parfois aveugle succède un doute souvent radical : « Le principe de précaution invite à anticiper sur ce qu'on ne sait pas encore, à prendre en compte des hypothèses douteuses, de simples soupçons. Il invite à prendre au sérieux les prévisions les plus farfelues, les avertissements des prophètes, faux ou vrais, sans qu'il soit bien facile de les distinguer⁵¹. » Il faut surtout préciser que le succès du principe de précaution implique que ceux qui s'y réfèrent n'ont pas

49. Cf. F. Ewald, 1986, pages 20 et 426.

50. Si une analyse de la notion de risque permet de mieux comprendre l'inquiétude du CNID, en revanche, il ne nous a pas été possible de justifier ce chiffre de 40 000 « escalades » annuelles (pour lequel aucune source n'est citée).

lu les textes législatifs qui le définissent précisément. Contrairement à sa version médiatique, la version juridique de ce principe inclut en effet des garde-fous qui en limitent considérablement la portée⁵². Le principe de précaution est devenu aujourd'hui un argument fort du débat public. En cela, l'usage actuel de ce principe illustre bien la politisation du risque en général, et du « risque d'escalade » en particulier.

Une opinion courante, mais de moins en moins partagée

En 1999, une nette majorité d'enquêtés valide la thèse de l'escalade, puisque 39,4 % d'entre eux se déclarent tout à fait d'accord, et 30,5 % plutôt d'accord avec l'affirmation selon laquelle consommer du cannabis conduit à consommer ensuite des produits plus dangereux. Soit au total près de 70 % d'opinions favorables. Toutefois, cette thèse semble moins fortement ancrée dans l'opinion publique qu'au début des années 1990. En effet, une question assez proche avait été posée à un échantillon de jeunes et de jeunes adultes lors d'une enquête⁵³ réalisée en 1992. Les résultats des deux enquêtes ne sont pas tout à fait comparables car les modes de collecte sont différents (face à face en 1992), et parce que l'enquête de 1992 portait sur les 12-44 ans. La formulation était plus radicale : « Fumer du haschisch conduit inévitablement à faire l'escalade vers des drogues dures. »

Les opinions sur l'escalade en 1999

Certains disent que fumer du haschich ou du cannabis conduit à consommer, par la suite, des produits plus dangereux, êtes-vous :

Tout à fait d'accord	39,4 %
Plutôt d'accord	30,5 %
Plutôt pas d'accord	13,0 %
Pas du tout d'accord	14,3 %
Non-réponse	2,8 %

Source : OFDT 1999

51. Cf. F. Ewald, 1986, page 401.

52. Cf. P. Lascoumes, 1996, et O. Godard, 1999.

53. Enquête SOFRES - Fondation « Toxicomanie et prévention jeunesse ».

Le tableau suivant permet de comparer les 15-44 ans interrogés en 1999 aux 12-44 ans de 1992. Malgré une formulation plus nuancée (donc plus facile à accepter) en 1999, la proportion d'individus tout à fait d'accord a nettement diminué (de 45 % à 30,6 %) au profit d'un avis plus modéré d'une part (plutôt d'accord, de 22 % à 31,2 %), et d'un désaccord complet d'autre part (pas du tout d'accord, de 13 % à 20,5 %).

Les opinions sur l'escalade, évolution 1992-1999

	1992 (12 - 44 ans)	1999 (15 - 44 ans)
Tout à fait d'accord	45 %	30,6 %
Plutôt d'accord	22 %	31,2 %
Plutôt pas d'accord	15 %	16,7 %
Pas du tout d'accord	13 %	20,5 %
Non - réponse	5 %	1,0 %
Sous total d'accord	67 %	61,8 %
Sous total pas d'accord	28 %	37,2 %

Sources : SOFRES 1992, OFDT 1999.

En 1992, le fait de fumer ou d'avoir déjà fumé du cannabis s'avérait très discriminant pour cette opinion : celle-ci était rejetée par 87 % des fumeurs récents et 70 % des fumeurs anciens, mais acceptée par 82 % des non-consommateurs. En 1999, toujours sur la tranche 15-44 ans, ces proportions ont peu évolué pour les fumeurs (stabilité pour les fumeurs récents : 89 % ; légère baisse pour les fumeurs anciens : 66 %). En revanche, la proportion d'enquêtés se déclarant tout à fait d'accord avec la thèse de l'escalade baisse nettement parmi les non-consommateurs : elle passe de 59 % en 1992 à 40 % en 1999.

Ce résultat est intéressant. En effet, si cette thèse s'avère aujourd'hui moins prégnante au sein de l'opinion, ce n'est pas une conséquence mécanique de la « banalisation » de la consommation de cannabis, puisque la baisse est surtout sensible chez ceux qui ne l'ont jamais expérimenté. En revanche, il est possible que les non-consommateurs valident aujourd'hui moins souvent la thèse de l'escalade, en raison d'une plus grande familiarité au cannabis. Cette familiarité résulterait d'une part directement de la banali-

sation médiatique de cette substance, d'autre part indirectement de la banalisation de sa consommation : si les consommateurs sont plus nombreux et se dissimulent moins, les enquêtés ont plus de chance d'avoir un proche ou une connaissance dont ils savent qu'il est consommateur.

Opinion sur l'escalade et familiarité avec le cannabis

Cette hypothèse relative à la familiarité rejoint dans une certaine mesure le sens commun : on craint beaucoup ce qu'on ne connaît pas, et, au contraire, on se fie davantage à ce que l'on connaît, ou que l'on croit connaître. Mais il convient de préciser ce que l'on entend par connaissance, pour ne pas opposer trop schématiquement la frayeur irrationnelle devant l'inconnu à la sérénité que procure le savoir. En l'occurrence, une juste évaluation du risque d'escalade suppose des connaissances scientifiques étendues. À un autre niveau, la simple question de la neurotoxicité du cannabis ne relève pas du savoir profane : une plus ou moins grande familiarité au cannabis (connaître des consommateurs, avoir expérimenté cette substance ou même la consommer régulièrement) n'implique pas une meilleure connaissance de ses effets sur le système nerveux. Il ne faut donc pas confondre familiarité et connaissance. Inversement, la peur face à l'inconnu n'est pas irrationnelle et l'aversion à l'incertitude est un résultat très général des expériences menées par les psychologues et les économistes. Pour contredire le sens commun, on pourrait donc plutôt opposer une peur raisonnable à une sérénité illusoire. Il faut toutefois bien comprendre que la familiarité est un élément important du processus sociocognitif que produit ou mobilise chaque individu pour appréhender son environnement, et en particulier pour évaluer un risque.

Les travaux menés sur les précautions lors des comportements sexuels ont abondamment illustré ce point. Ces travaux montrent en particulier que les individus ont souvent tendance à utiliser un préservatif lors des premiers rapports avec un partenaire inconnu, pour l'abandonner ensuite : après quelques rapports ils ne connaissent toujours pas le statut sérologique de leur partenaire, ni ses antécédents sexuels, mais une certaine familiarité s'est instaurée, de sorte qu'ils cessent de considérer leurs rapports comme « risqués ». De même, de nombreuses personnes enquêtées révèlent qu'elles gèrent le risque d'infection par le VIH lors de rapports sexuels en sélectionnant leurs partenaires, et plus précisément en les choisissant dans leur propre milieu social, la proximité sociale étant alors synonyme d'une certaine familiarité, instauratrice de confiance (cf. Peto *et al.*, 1992). Plus généralement, au niveau des représentations individuelles,

l'évaluation du danger dépend du degré de proximité : ce qui est familier est jugé sûr, ce qui est étranger est estimé dangereux.

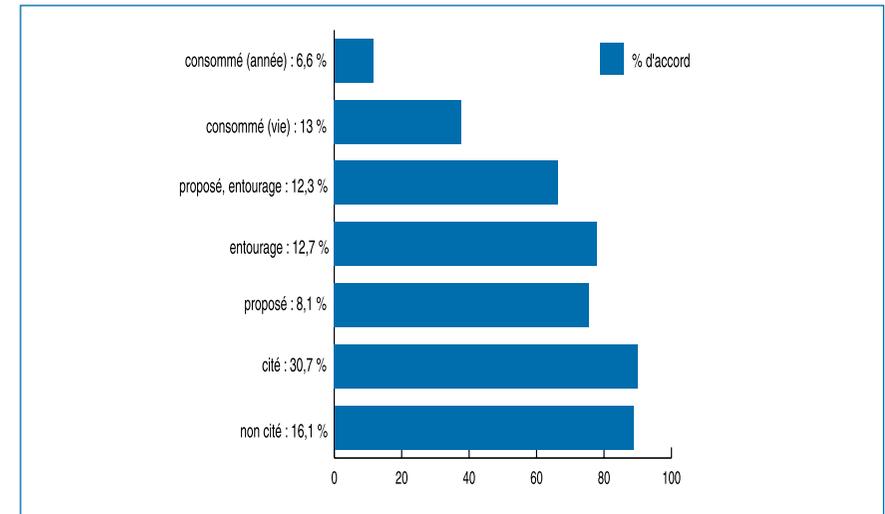
Ce sentiment de familiarité peut résulter d'un assemblage d'éléments hétéroclites : informations diffusées par les médias, œuvres de fiction, connaissance d'un proche consommateur (et donc capacité à associer un visage à la substance)... À partir des questions de notre enquête, on a construit un indicateur de familiarité en 7 modalités, exclusives les unes des autres. On distingue d'abord les consommateurs, et parmi eux les consommateurs récents (au cours de l'année : 6,6 % des enquêtés) ou anciens (au cours de la vie, mais pas au cours de l'année : 13,0 %). Viennent ensuite les enquêtés qui n'ont jamais expérimenté le cannabis, mais qui connaissent un consommateur dans leur entourage et se sont déjà vu proposer du cannabis (12,3 %). Il est ensuite délicat d'ordonner l'offre et l'entourage considérés exclusivement l'un de l'autre. Lequel des deux facteurs induit la plus grande familiarité au produit ? L'enquête ne permet pas de répondre, en particulier parce qu'elle ne contextualise pas les faits. La connaissance d'un consommateur engendrera une plus grande familiarité si celui-ci est un proche, et surtout si l'enquêté le fréquente dans les occasions où il consomme. De même, il n'y a pas grand chose de commun entre se voir proposer du cannabis par un inconnu dans la rue ou dans un cercle d'amis lors d'une soirée privée.

Parmi ceux qui n'ont jamais consommé de cannabis, 12,7 % connaissent un consommateur dans leur entourage sans s'être vu proposer de cannabis, et à l'inverse 8,1 % se sont vu proposer du cannabis sans connaître de consommateur. Remarquons au passage que les premiers sont plus souvent des femmes, et les seconds plus souvent des hommes. Cela suggère que les propositions visent surtout les hommes, et cela qu'elles interviennent en dehors ou au sein des relations de sociabilité. Parmi les 46,8 % d'enquêtés restants, on distinguera enfin ceux qui ont spontanément cité le cannabis comme étant une drogue (30,7 %), et ceux qui ne l'ont pas cité (16,1 %). Le graphique suivant indique la proportion d'assentiment avec la thèse de l'escalade, en fonction du degré de familiarité au cannabis ainsi défini.

Plus la familiarité est importante, moins l'adhésion à la thèse de l'escalade est fréquente. Il est important de noter que cette relation est graduelle et n'oppose pas simplement les consommateurs aux non-consommateurs. Seuls 11,5 % des consommateurs récents se déclarent d'accord, ainsi que 37,6 % des consommateurs plus anciens. Parmi ceux qui n'ont jamais consommé de cannabis mais qui s'en sont déjà vu proposer, et qui

connaissent un consommateur dans leur entourage, cette proportion passe à 66,3 %. La différence est par contre faible entre les deux catégories suivantes (au moins une proposition mais pas de consommateur dans l'entourage : 75,6 % ; ou l'inverse : 77,9 %), puis les deux dernières (90,1 % lorsque le cannabis a été cité, 88,7 % lorsqu'il ne l'a pas été).

Thèse de l'escalade et familiarité avec le cannabis



Source : OFDT 1999.

Métaphore de la contagion et thèse de l'escalade

La familiarité avec le cannabis n'est certainement pas le seul facteur influençant l'opinion sur la thèse de l'escalade. Une multiplicité d'autres facteurs peuvent être envisagés. En particulier, la thèse de l'escalade met en scène le cannabis et ses consommateurs : plus un individu estimera que le cannabis est dangereux, plus il accrédiatera la thèse de l'escalade ; de même, plus il percevra les consommateurs comme des individus manquant de volonté, plus il sera enclin à penser que ces consommateurs vont se laisser entraîner. On peut supposer que ces opinions sur le cannabis et ses consommateurs favorisent le recours à la métaphore de la contagion, abondamment utilisée, par le sens commun comme par les experts.

G. Fabre explique cette « puissance métaphorique » de la contagion en soulignant combien le contact physique a toujours été lourd de sens au sein des sociétés humaines : « L'idée de transmission est précisément au cœur du social (...). Les sociétés anciennes, quels que soient les référents qui les guident, s'efforcent de donner sens à tout ce qui relève du contact physique⁵⁴. » Si cette métaphore s'est d'abord nourrie des épidémies meurtrières des siècles passés, elle pèse aujourd'hui encore sur nos représentations du mal, du danger, qu'il s'agisse du nucléaire, de l'alcoolisme, du crime ou encore du chômage⁵⁵. En effet, ce modèle ne permet pas seulement de se représenter la transmission des agents infectieux. Le sens commun et le discours scientifique s'appuient souvent sur les figures de la contagion et de l'épidémie, dès qu'il s'agit de saisir un flux : propagation d'une onde par cercles concentriques ou d'une rumeur dans un réseau de sociabilité ; réaction en chaîne de matières fissiles ou « contagion mimétique » sur les marchés boursiers ; diffusion des biens, des habitudes et des affects par imitation ou « contagion morale⁵⁶ » pour le suicide. La drogue n'échappe pas à cette métaphore. Dans un ouvrage au titre évocateur (*Les drogues, trafic et contagion*), P. Deniker, 1988, assimile ainsi la drogue à une « épidémie mondiale », et de même, dans un article récent, H. Parker, 1998, analyse les « épidémies d'héroïne ».

Selon notre hypothèse, les individus accèdent plus volontiers la thèse de l'escalade s'ils se représentent la diffusion d'une drogue comme un phénomène contagieux, comme une fatalité qui met entre parenthèses le libre arbitre individuel. De ce point de vue, les facteurs favorisant la contagion seront alors la puissance de l'agent contagieux (la capacité du cannabis à déclencher une addiction immédiate), la propension des porteurs à le diffuser autour d'eux (le fait que les héroïnomanes cherchent à entraîner les jeunes), et la vulnérabilité de ses cibles (le manque de volonté des consommateurs de cannabis, mais aussi d'héroïne, puisque les premiers sont destinés à grossir les rangs des seconds).

Effectivement, 34,1 % des enquêtés qui adhèrent à la thèse de l'escalade pensent qu'il est difficile de se passer de cannabis dès qu'on essaye (contre seulement 11,4 % pour ceux qui rejettent cette thèse), 37,0 % sont tout à fait d'accord avec l'opinion selon laquelle les usagers d'héroïne

54. Cf. G. Fabre, 1993, page 6.

55. Sur ce point et les suivants, cf. le numéro de la revue *Traverses* consacré à l'épidémie, et plus précisément H.-P. Jedy, 1984a, H.-P. Jedy, 1984b, D. Richard, 1984, et M. Guillaume, 1984.

56. Selon l'expression d'E. Durkheim.

cherchent à entraîner les jeunes (contre 13,0 %) et 34,9 % sont tout à fait d'accord pour estimer que ces usagers manquent de volonté (contre 17,4 %). Par ailleurs, certains travaux sociologiques suggèrent que la métaphore de la contagion, souvent associée à un certain fatalisme, serait davantage prégnante dans les milieux populaires⁵⁷. De fait, pour les niveaux de diplômes inférieurs au bac, la proportion d'enquêtés en accord avec la thèse de l'escalade varie de 75,5 % à 86,6 %, tandis qu'elle n'atteint respectivement que 64 % et 60 % pour les titulaires du bac ou d'un diplôme de l'enseignement supérieur.

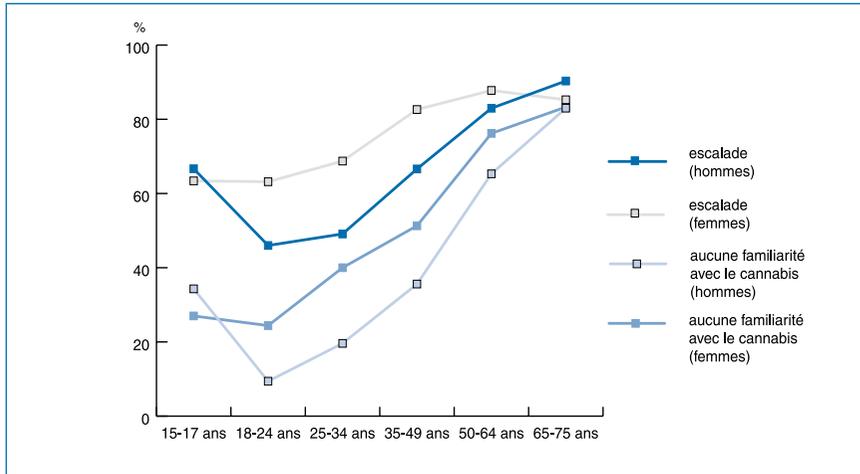
Analyse des facteurs associés à la thèse de l'escalade

Il s'agit ici de tester le pouvoir explicatif d'un certain nombre de variables susceptibles d'être associées à l'opinion que les enquêtés émettent sur la thèse de l'escalade. Le graphique ci-dessous donne la proportion de personnes favorables à cette thèse, par sexe et par catégorie d'âge. Toujours par âge et par sexe, il précise également la proportion d'enquêtés qui ne sont pas du tout familiers du cannabis : ils n'en ont jamais consommé, on ne leur en a jamais proposé et ils ne connaissent aucun consommateur dans leur entourage (ils représentent 46,8 % de l'ensemble).

Le graphique ci-après illustre bien les relations entre familiarité et adhésion à la thèse de l'escalade, à sexe et âge contrôlés. Globalement l'adhésion à la thèse de l'escalade augmente avec l'âge, de même que la proportion d'individus les moins familiers avec le cannabis. Ces proportions sont toutes deux minimales pour la tranche d'âge 18-24 ans, ce creux s'avérant dans les deux cas nettement plus prononcé pour les hommes que pour les femmes. Toutefois, si la familiarité avec le cannabis s'avère bien associée aux variations de l'adhésion observées pour l'âge et le sexe, on aurait également pu superposer ici d'autres courbes, comme celle relative aux enquêtés qui estiment qu'il est difficile de se passer du cannabis dès qu'on l'essaie. Il convient donc de mettre en œuvre une régression logistique afin de corriger les effets de structure.

57. Cf. A. Hahn et al., 1994, et M. Calvez, 1997.

Âge, sexe, familiarité à l'égard du cannabis et adhésion à la thèse de l'escalade (en %)



Source : OFDT 1999.

Les variables explicatives candidates sont ici la familiarité avec le cannabis (7 modalités), l'âge (6 classes), le niveau scolaire (6 modalités) et le sexe ; ainsi que trois indicatrices⁵⁸ relatives à la « contagiosité » perçue des drogues, qui repèrent respectivement les enquêtés tout à fait d'accord avec l'opinion selon laquelle les usagers d'héroïne cherchent à entraîner les jeunes, ceux qui sont tout à fait d'accord avec l'opinion selon laquelle ces usagers manquent de volonté, et enfin ceux qui estiment qu'il est difficile de se passer de cannabis dès qu'on essaie. Une sélection automatique a permis de contrôler les effets de structure au fur et à mesure, en procédant par étapes⁵⁹. La première variable introduite dans le modèle, donc la plus significativement associée à l'opinion sur la thèse de l'escalade, est l'indicateur de familiarité avec le cannabis. Une fois cette familiarité contrôlée, les pouvoirs explicatifs résiduels du sexe et de l'âge deviennent négligeables. Comme le suggérait le précédent graphique, les relations observées entre sexe, âge

58. L'indicatrice d'une modalité est une variable qui prend la valeur 1 pour les individus qui prennent cette modalité et 0 sinon.

59. Méthode forward stepwise (ou « sélection pas à pas ascendante »). Avec p variables explicatives candidates, les p modèles contenant chacun l'une de ces variables sont estimés. La variable pour laquelle on obtient le modèle le plus performant (au sens de la statistique de Wald) est introduite dans le modèle. Puis on estime les (p-1) modèles combinant chacune des variables candidates restantes et la variable sélectionnée. La variable candidate pour laquelle le modèle est le plus performant est introduite dans le modèle. Et ainsi de suite jusqu'à ce qu'aucune des variables candidates restantes ne fasse significativement augmenter la statistique de Wald.

et thèse de l'escalade ne font donc que médiatiser l'impact de la familiarité. Le niveau scolaire perd également une partie de son pouvoir explicatif lorsque cette familiarité est prise en compte, mais reste significativement associé à la variable expliquée. En revanche, aux étapes suivantes, lorsque les trois indicatrices définies précédemment sont introduites dans le modèle les unes après les autres, le pouvoir explicatif du diplôme décline régulièrement, jusqu'à devenir négligeable. En bref, la familiarité avec le cannabis absorbe les effets âge et sexe, tandis que la « contagiosité » perçue neutralise l'effet diplôme.

Régression logistique sur l'adhésion à la thèse de l'escalade

	Odds ratio	IC* 95 %
Familiarité avec le cannabis		
Consommé (année)	0,03	[0,01 ; 0,05]
Consommé (vie)	0,12	[0,07 ; 0,18]
Proposé, entourage	0,36	[0,23 ; 0,56]
Entourage	0,59	[0,37 ; 0,96]
Proposé	0,51	[0,30 ; 0,85]
Cité	1,32	[0,84 ; 2,01]
Référence : non cité	1	
Contagiosité des drogues		
Cannabis : difficile de s'en passer dès qu'on essaie	1,70	[1,24 ; 2,34]
Les héroïnomanes ...		
... manquent de volonté : tout à fait d'accord	1,48	[1,10 ; 1,99]
... cherchent à entraîner les jeunes : tout à fait d'accord	1,94	[1,41 ; 2,68]

Source : OFDT 1999

*intervalle de confiance à 95 %

■ Pour la familiarité avec le cannabis, c'est surtout le fait d'en avoir déjà consommé qui influence l'opinion sur la thèse de l'escalade. Relativement à l'individu de référence, qui n'en a jamais consommé, qui ne s'en est jamais vu proposé, qui ne connaît aucun consommateur dans son entourage et

qui ne l'a pas cité parmi les substances qu'il connaît, une personne qui en a pris au cours de l'année a 33 fois moins de chances (1/0,03) d'adhérer à la thèse de l'escalade, et un consommateur récent plus ancien (au cours de la vie mais pas au cours de l'année) 8 fois moins de chances (1/0,12). Pour un individu qui n'en a jamais consommé, mais qui s'en est déjà vu proposer et connaît un consommateur dans son entourage, cet *odds ratio* tombe à 2,8, puis à un peu moins de 2 pour ceux qui s'en sont vu proposer sans connaître de consommateur dans leur entourage, ou l'inverse.

■ Concernant les indicateurs relatifs à la contagiosité perçue, penser qu'il est difficile de se passer de cannabis dès qu'on essaie multiplie par 1,7 les chances d'adhérer à la thèse de l'escalade, se dire tout à fait d'accord avec l'opinion selon laquelle les usagers d'héroïne manquent de volonté multiplie ces chances par 1,5 et se dire tout à fait d'accord avec l'opinion selon laquelle ces usagers cherchent à entraîner les jeunes les multiplie par 1,9. Au total, relativement à l'individu de référence, qui rejette ces trois opinions (il n'a pas répondu dès qu'on essaie pour la dépendance au cannabis, ni tout à fait d'accord pour les deux questions portant sur les usagers d'héroïne), une personne validant ces trois propositions a près de 5 fois plus de chances d'adhérer à la thèse de l'escalade.

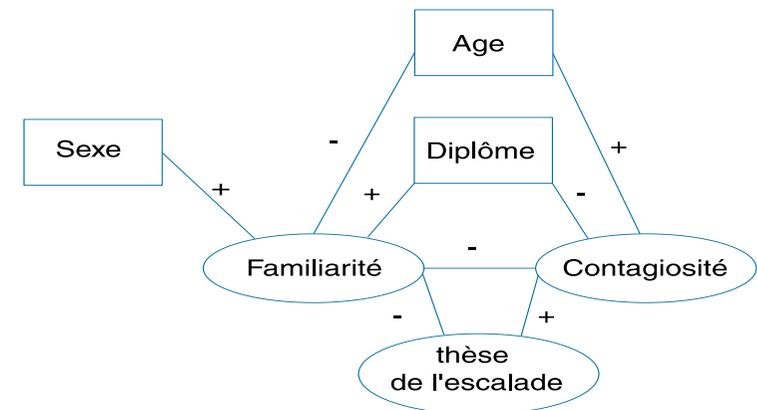
■ Pour illustrer le pouvoir explicatif de ces variables, on peut calculer les probabilités d'occurrence associées aux deux profils extrêmes. Pour un individu qui adhère aux trois opinions choisies pour illustrer la métaphore de la contagion, et qui n'a aucune familiarité avec le cannabis, hormis le fait qu'il l'a cité parmi les substances considérées comme des drogues, la probabilité de valider la thèse de l'escalade atteint 0,96. A contrario, pour un individu qui rejette ces trois opinions et qui a consommé du cannabis au cours de l'année, cette probabilité vaut seulement 0,10.

La correction des effets de structure nous a donc conduit à exclure du modèle les trois indicateurs sociodémographiques envisagés. De plus, les deux types de variables explicatives retenues (familiarité avec le cannabis d'une part, indicatrices relatives à des opinions choisies pour illustrer la contagiosité perçue d'autre part) ne sont évidemment pas indépendants : plus les enquêtés sont familiers avec le cannabis, moins ils stigmatisent le pouvoir d'addiction du cannabis, le manque de volonté des usagers d'héroïne ou le fait qu'ils cherchent à entraîner les jeunes. Afin de récapituler l'ensemble des interactions statistiques significatives qui s'établissent entre les variables considérées dans cette section, un modèle loglinéaire a été réalisé.

Comme ce modèle multiplie les paramètres à estimer, ces variables ont été au préalable recodées pour diminuer le nombre de modalités à prendre en compte⁶⁰. Pour la familiarité avec le cannabis, trois modalités ont été conservées (avoir consommé du cannabis au cours de l'année et/ou au

cours de la vie ; s'en être déjà vu proposer et/ou connaître un consommateur dans son entourage ; n'avoir eu aucun contact), pour l'âge trois également (15-34 ans, 35-49 ans, 50-75 ans) et pour le diplôme deux modalités (diplôme inférieur au bac ; bac et enseignement supérieur). À partir des trois indicatrices choisies pour illustrer la métaphore de la contagion, une quatrième a été générée, pour distinguer les individus qui adhèrent à au moins deux des trois opinions correspondantes (il est difficile de se passer du cannabis dès qu'on essaie ; les usagers d'héroïne cherchent à entraîner les jeunes : tout à fait d'accord ; ces usagers manquent de volonté : tout à fait d'accord). Le graphique II.6 résume la structure des interactions mises en évidence par le modèle loglinéaire.

Modèle loglinéaire : structure des interactions



Source : OFDT 1999.

Toutes les interactions matérialisées par des segments sont significatives au seuil 10^{-4} . Cette structure est simple, puisque seules des interactions entre variables prises deux à deux ont été retenues (toutes les interactions d'ordre supérieur, faisant par exemple intervenir simultanément trois variables, se sont révélées non significatives au seuil de 0,05). Résumons ces interactions : les hommes sont plus familiers avec le cannabis que les femmes, cette familiarité augmente avec le niveau de diplôme et diminue avec l'âge.

60. Hormis bien sûr le sexe et l'adhésion à la thèse de l'escalade qui n'ont déjà que deux modalités de réponse.

Inversement, la contagiosité perçue des drogues croît avec l'âge et devient plus rare lorsque le niveau scolaire augmente. Familiarité et contagiosité perçue sont très rarement associées, et ont des effets opposés sur l'adhésion à la thèse de l'escalade : plus un individu est familier avec le cannabis, moins il adhère à cette thèse, et au contraire plus il perçoit la toxicomanie comme un phénomène contagieux, plus il a de chances d'y adhérer.

Les peurs suscitées par les produits psychoactifs

Les peurs suscitées par chaque produit

Des peurs différenciées selon les produits

Une question portait sur la peur de prendre, ne serait-ce qu'une fois, chacun des produits d'une liste. Le répondant devant se prononcer sur chaque substance, les tris permettent de hiérarchiser celles-ci en fonction du niveau général de crainte déclaré. Ajoutons que les différents produits étaient cités dans un ordre aléatoire, à l'exception de la première (toujours la cocaïne), pour éviter que la liste ne commence par un produit trop particulier, tel que le mop⁶¹ par exemple⁶².

Le niveau de peur apparaît globalement très élevé, supérieur à 80 % pour toutes les drogues illicites autres que le cannabis. Le fait de se situer dans une enquête présentée comme portant sur la santé a peut être créé un contexte inhibant, de sorte que l'enquêté se sentait plus réticent à avouer qu'il ne craindrait pas de consommer une drogue.

61. Produit leurre destiné à interpeller l'enquêté.

62. Il faut noter que, sur cette question, la formulation n'a pas été sans équivoque dans le sens où, dans certains cas (assez peu souvent rapportés par les enquêteurs), le terme « plutôt peur » peut être entendu comme une litote, dans un sens proche de : « Ah, plutôt j'aurais peur ! ».

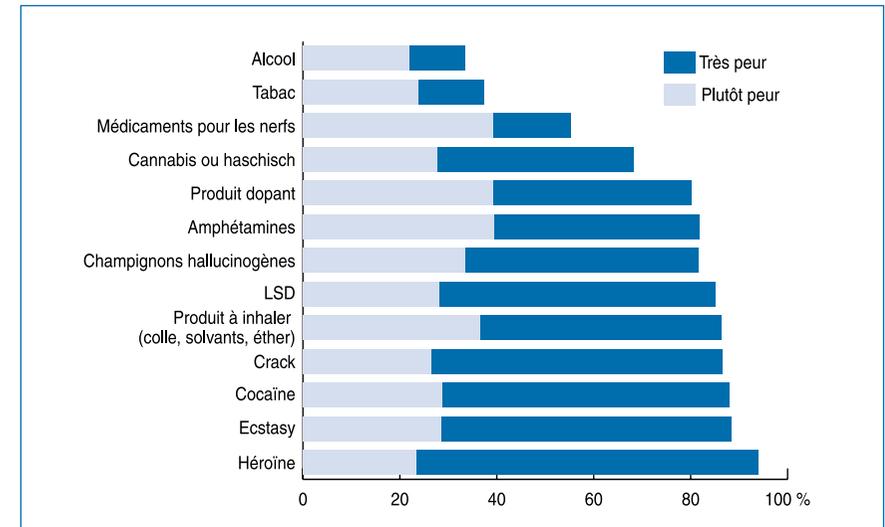
La peur associée à la prise d'un produit (% en ligne)

Auriez-vous peur de prendre, ne serait-ce qu'une fois :	Très peur	Plutôt peur	Sous-total « peur »	Plutôt pas peur	Pas peur du tout	Ne connaît pas le produit	NSP ou ne veut pas dire
Héroïne	70,5	23,4	93,9 %	1,5	3,3	0,5	0,9
Ecstasy	59,8	28,5	88,3 %	4,1	3,4	3,1	1,2
Cocaïne	59,2	28,8	87,9 %	4,2	5,7	0,2	2,0
Crack	60,1	26,4	86,4 %	2,3	3,0	7,2	1,0
Un produit à inhaler (colle, solvants, éther)	49,6	36,6	86,3 %	6,2	5,7	0,4	1,5
LSD	57,0	28,1	85,1 %	2,7	3,3	7,7	1,1
Champignons hallucinogènes	48,2	33,4	81,6 %	6,4	5,3	5,7	1,0
Amphétamines	42,2	39,5	81,6 %	8,0	5,3	3,8	1,2
Produit dopant (produit pour améliorer les performances)	41,1	39,1	80,2 %	10,6	7,0	0,5	1,6
Cannabis ou haschisch	40,6	27,7	68,3 %	13,4	16,6	0,3	1,4
Médicaments pour les nerfs (sommifère, tranquillisant, antidépresseur)	16,1	39,1	55,2 %	24,7	18,4	0,0	1,7
Tabac	13,7	23,7	37,5 %	25,3	36,1	0,0	1,0
Alcool	11,6	21,9	33,5 %	27,9	37,8	0,0	0,9
Mop	19,3	11,9	31,2 %	1,0	1,5	65,9	0,4

Source : OFDT 1999

63. Dans tout ce chapitre, le terme « peur » renvoie à la somme des « très peur » et des « plutôt peur ».

Peur associée à la prise d'un produit



Source : OFDT 1999

Plusieurs groupes de produits peuvent être isolés si l'on distingue, parmi ceux qui suscitent de la peur, les « très peur » et les « plutôt peur » :

- Les substances dont l'expérimentation ferait « très peur » à plus de la moitié des répondants (nettement dominées par l'héroïne, comprenant l'ecstasy, le crack, la cocaïne et le LSD) ;
- les substances dont l'expérimentation suscite une crainte moins marquée⁶⁴ (produits à inhaler, champignons hallucinogènes) ;
- les substances liées à la recherche de la performance (amphétamines, produits dopants) qui ont une part équilibrée de « très peur » et de « plutôt peur », autour de 40 % ;
- le cannabis, dont l'essai inquiète les deux tiers des Français, avec environ 40 % de « très peur » et un quart de « plutôt peur » ;
- les médicaments pour les nerfs, dont les personnes ont assez fréquemment « plutôt peur », mais rarement « très peur » ;
- l'alcool et le tabac pour lesquels l'appréhension d'une expérimentation concerne environ un tiers des enquêtés. Si sur le tabac ce résultat était assez prévisible, il est notable que, parmi les individus déclarant qu'ils

64. La proportion de « plutôt peur » est relativement plus importante que dans la première catégorie, même si le sous-total « peur » reste très élevé.

auraient peur de consommer de l'alcool, une majorité en ont déjà consommé au moins une fois⁶⁵. Cela n'apparaît pas pour autant contradictoire, dans le sens où on peut très bien, par exemple, avoir bu par le passé et avoir désormais très peur de boire de l'alcool.

Le mop a donné lieu à des réactions diverses : les deux tiers ont répondu spontanément ne pas connaître ce produit, 19,3 % ont déclaré qu'ils en auraient très peur, parfois en précisant qu'ils ne savaient pas ce que c'était (pour justifier leur peur). Le principal intérêt de cette question est de mesurer, dans la typologie à venir, à quel point la proportion des individus d'une classe déclarant autre chose que « ne connaît pas » diffère de la moyenne.

Facteurs associés aux peurs

Pour l'ensemble des produits, les femmes montrent une crainte plus grande que les hommes, en particulier pour le cannabis et l'alcool pour lesquels environ les deux tiers de ceux qui déclarent « très peur » sont des femmes. Ce résultat n'est pas très surprenant dans le sens où elles sont traditionnellement moins consommatrices de substances psychoactives, notamment des deux évoquées ici. Concernant les médicaments pour les nerfs, dont elles sont au contraire plus consommatrices que les hommes, les différences de point de vue ne sont pas significatives.

En ce qui concerne l'âge, de grandes disparités dans les appréhensions se font jour. Pour l'alcool et le tabac, la proportion de ceux qui déclarent une peur augmente avec l'âge à partir de 18 ans, passant de 17,5 % et 22,3 % à 18-24 ans à respectivement 52,1 % et 59,0 % à 60-75 ans. Pour le cannabis, cette évolution est encore plus nette puisque les seuls « très peur » passent de 22,4 % pour les 18-24 ans à 60,4 % pour les 60-75 ans. L'ecstasy, les produits à inhaler et les champignons hallucinogènes suscitent une proportion de « très peur » croissant également avec l'âge de 15 à 75 ans, mais qui se compense par une part décroissante des « plutôt peur » (de sorte que le niveau global de « peur » stagne), indiquant que ces substances sont légèrement moins craintes par les jeunes. D'autres produits, tels que l'héroïne, le LSD, les médicaments pour les nerfs, les amphétamines ou encore les dopants génèrent des peurs moins différenciées selon les tranches d'âge. Les plus jeunes déclarent moins souvent que les

65. Toute les enquêtes, en particulier le baromètre santé 95, situent le niveau d'expérimentation de l'alcool autour de 95 % chez les adultes en France.

autres ne pas connaître le mop (45,9 % contre 65,8 % pour l'ensemble de l'échantillon), ce qui dénote sans doute une volonté de satisfaire à une certaine forme de désirabilité sociale induite par les réponses fermées. Les 60-75 ans quand à eux déclarent souvent ne pas connaître les produits (crack, LSD et ecstasy en particulier).

Lorsqu'on mesure l'influence d'avoir ou non été consommateur de cannabis au cours de sa vie, on observe également des disparités entre les produits : la différence de jugement sur l'héroïne ou les médicaments pour les nerfs n'est pas significative, et si elle l'est pour le crack, c'est plutôt dans le sens d'une plus grande peur chez les usagers de cannabis au cours de la vie. En revanche, pour des produits tels que, dans l'ordre décroissant de significativité de la différence, les champignons hallucinogènes, le tabac, l'alcool, la cocaïne, l'ecstasy, les produits dopants, le LSD, les produits à inhaler et les amphétamines, ceux qui ont déjà pris du cannabis ont relativement moins peur que les autres. Dans le cas du cannabis, la différence est bien sûr très significative, mais il faut noter que 17,7 % des usagers de cannabis au cours de la vie auraient peur (4,1 % « très peur » et 13,6 % « plutôt peur ») de prendre, ne serait-ce qu'une fois, du cannabis. Ceux qui déclarent ne pas connaître le produit cité, à part en ce qui concerne le mop où la tendance s'inverse, sont beaucoup plus souvent ceux qui n'ont jamais pris de cannabis.

Peurs et perceptions du danger

Des peurs indistinctes ou sélectives ?

On cherchera ici à mettre en évidence les liens entre la peur ressentie par le répondant à l'égard d'un produit (les peurs d'essayer soi-même ne seraient qu'une fois, en variables actives d'une CAH) et le seuil à partir duquel il est jugé dangereux pour la santé de consommer tel ou tel produit. Ces variables sur la dangerosité perçue ont été placées en variables supplémentaires, auxquelles ont été ajoutées les variables socio-démographiques classiques. Pour chaque classe formée et pour chacun de ces trois groupes de variables, un tableau recense les modalités les plus représentatives (avec leurs proportions dans la classe et dans l'ensemble de l'échantillon), présentées dans l'ordre de significativité décroissant. Une typologie en six classes a été retenue.

Classe 1 (2,6 %), pas du tout peur

	% dans la classe	% global
Pas du tout peur de prendre une fois ... de l'héroïne	89,5	3,3
... du LSD	87,2	3,3
... des amphétamines	88,6	5,3
... de l'ecstasy	76,2	3,4
... du crack	72,2	3,0
... un dopant	88,6	7,0
... de la cocaïne	81,0	5,7
... des champignons hallucinogènes	72,3	5,3
... un produit à inhaler	70,8	5,7
... du cannabis	83,9	16,6
... des médicaments pour les nerfs	72,0	18,4
... de l'alcool	87,2	37,8
... du tabac	80,8	36,1
Produit le plus dangereux : alcool(*)	12,6	6,4
Prévalence de l'usage de drogues autres que le cannabis (au cours de la vie) : oui	12,7	3,6
Homme	69,0	49,0
Drogues citées spontanément : aucune (*)	12,2	4,5

Source : OFDT 1999

Les écarts présentés ici entre la classe et l'ensemble sont tous significatifs au seuil 0,001, sauf (*) : 0,05.

■ **La première classe** regroupe un petit nombre d'enquêtés particuliers dans le sens où ils déclarent très majoritairement ne pas du tout avoir peur à l'idée d'essayer chacun des 13 produits proposés (9 sur 10 n'auraient pas du tout peur d'essayer l'héroïne contre 3,3 % pour l'ensemble de l'échantillon). Dans cette classe nettement masculine, les individus se distinguent par leur propension à avoir déjà consommé une drogue autre que le cannabis (12,6 % contre 3,6 % pour l'ensemble de l'échantillon), mais ni par leur âge ni par leur niveau de diplôme. Ils semblent ne pas faire de différence entre les produits proposés, n'ayant, schématiquement, peur de rien. Ils ne diffèrent pas significativement des autres individus en termes de seuil de dangerosité perçue pour les différents produits, même si on peut noter chez eux une tendance à désigner l'alcool comme produit le plus dangereux. Le fait qu'ils soient bien représentés parmi ceux qui ne citent spontanément aucune drogue suggère qu'au moins une partie d'entre eux n'a sans doute pas prêté une grande attention à l'enquête.

■ **La seconde classe** rassemble un peu moins d'un enquêté sur vingt. Ses membres expriment un faible niveau de peur, et par ailleurs cette peur est nuancée selon les produits : plus souvent que les autres enquêtés, ils n'ont plutôt pas peur de la plupart des substances psychoactives illicites, hormis l'héroïne d'une part (substance pour laquelle leur peur est donc plus forte, puisque leurs réponses ne diffèrent pas de la moyenne), le cannabis et les médicaments pour les nerfs d'autre part (produits qu'ils craignent moins, puisque pour ceux-ci ils sont aussi plus nombreux à répondre pas du tout peur). Pour ces deux derniers produits, ils sont respectivement 76,5 % et 79,4 % à déclarer ne pas avoir peur (contre 30 % et 43,1 % pour l'ensemble de l'échantillon). On observe donc ici une différenciation par produit dans un contexte où l'expérimentation des substances ne suscite pas de crainte forte pour les enquêtés : cette classe manifeste une peur faible et sélective.

Ce point de vue se retrouve dans l'appréciation portée sur la dangerosité des produits : ils sont plus nombreux à citer l'héroïne comme produit le plus dangereux et ils ont tendance à situer le seuil de dangerosité pour la santé plus tôt pour l'héroïne (dès qu'on en prend de temps en temps) que pour l'ecstasy ou la cocaïne, mais surtout que pour le cannabis (15,3 % pensent qu'il n'est jamais dangereux contre

Classe 2 (4,4 %), peur faible et sélective

	% dans la classe	% global
Plutôt pas peur de prendre une fois ... de l'ecstasy	61,2	4,1
... du LSD	48,2	2,7
... des amphétamines	63,3	8,0
... du crack	36,8	2,3
... des champignons hallucinogènes	49,8	6,4
... un dopant	55,7	10,6
... de la cocaïne	36,8	4,2
... un produit à inhaler	35,9	6,2
Plutôt pas ou pas du tout peur de prendre une fois ... du cannabis	76,5	30,0
... des médicaments pour les nerfs	79,4	43,1
Ecstasy dangereux à partir de : de temps en temps ou chaque semaine	35,1	12,9
Cannabis : jamais dangereux	15,6	5,3
Se passer de cannabis : jamais difficile	19,3	8,0
Cocaïne dangereux à partir de : de temps en temps ou tous les jours (*)	31,2	14,3
Héroïne dangereux à partir de : de temps en temps	13,8	6,0
Produit le plus dangereux : héroïne (*)	50,5	41,0
Escalade cannabis drogues dures : pas du tout d'accord (*)	22,5	14,3
Prévalence de l'usage de cannabis (au cours de la vie) oui	44,2	19,6
Prévalence de l'usage de cannabis (au cours de l'année) oui	21,5	6,4
Prévalence de l'usage de drogues autre que le cannabis (au cours de la vie) : oui	15,2	3,6
Connaissance consommateur de drogues autres que le cannabis : oui, personnellement	26,6	13,3
Diplômé de l'enseignement supérieur (*)	38,7	25,1
Connaissance consommateur de cannabis : oui, personnellement	48,8	35,8
Homme	61,3	49,0

Source : OFDT 1999.

Les écarts présentés ici entre la classe et l'ensemble sont tous significatifs au seuil 0,001, sauf (*) : 0,05.

5,3 % pour l'ensemble de l'échantillon). En termes de risque de dépendance, on retrouve également ce clivage puisque seul le cannabis suscite une prise de position particulière de cette classe qui estime à 19,3 % qu'il n'est jamais difficile de s'en passer contre 8 % à l'ensemble de l'échantillon. Elle considère par ailleurs moins souvent que la moyenne que le cannabis peut conduire à la consommation d'autres produits.

Ces individus sont, plus encore que ceux de la première classe, concernés par le sujet de l'enquête dans le sens où ils sont plus fréquemment expérimentateurs de substances psychoactives, ou connaissent des consommateurs. On peut imaginer qu'ils s'estiment relativement protégés parce que ces substances leurs sont plus familières. Cette classe est par ailleurs plus masculine et diplômée que la moyenne.

■ La **troisième classe** est assez proche de la seconde dans la mesure où elle est composée d'individus qui nuancent leur degré d'appréhension selon le produit en question. Elle s'en écarte néanmoins par le fait que ces individus sont plus catégoriques dans leurs réponses (pas du tout peur pour tous les produits autres que le LSD et l'héroïne, et plutôt peur pour ces derniers).

En termes de dangerosité, les membres de cette classe isolent cette fois le cannabis, considéré peu dangereux et peu addictif, de substances telles que la cocaïne ou l'ecstasy qui sont supposées dangereuses lorsque l'on dépasse le stade de l'expérimentation (de temps en temps). Ils hiérarchisent bien les drogues en trois groupes :

- le cannabis : pas peur, pas dangereux ;
- la cocaïne et l'ecstasy : pas peur, dangereux quand on en prend de temps en temps ;
- le LSD et l'héroïne : plutôt peur.

Plus diplômés que la moyenne, ces individus sont moins âgés (37,5 ans contre 41,7 ans pour l'ensemble) et sont également beaucoup plus proches des substances psychoactives que le reste de l'échantillon. Ils citent spontanément de nombreuses substances (4,8 contre 3,7 pour l'ensemble), en particulier la cocaïne, l'héroïne, le crack et le LSD, et se disent très bien informés sur les drogues. En outre, c'est aussi au

Classe 3 (7,4 %), peur très faible et très sélective

	% dans la classe	% global		
Plutôt pas peur de prendre une fois	... du cannabis	73,0	16,6	
	... de l'alcool	89,7	37,8	
	... du tabac	86,8	36,1	
	... un dopant	35,6	7,0	
	... des champignons hallucinogènes	30,5	5,3	
	... de la cocaïne	31,3	5,7	
	... des amphétamines	29,7	5,3	
	... un produit à inhaler	29,1	5,7	
	... des médicaments pour les nerfs	50,5	18,4	
	... de l'ecstasy	17,3	3,4	
	... du crack	10,4	3,0	
	Plutôt peur de prendre une fois	... du LSD	40,4	28,1
		... de l'héroïne	32,9	23,4
Ne connaît pas le mop (*)	76,8	65,9		
Escalade cannabis drogues dures : pas du tout d'accord	39,7	14,3		
Se passer de cannabis : jamais difficile	28,2	8,0		
Cannabis : jamais dangereux	19,7	5,3		
Cannabis dangereux à partir de : tous les jours	46,5	28,1		
Ecstasy dangereux à partir de : de temps en temps	19,7	9,4		
Tabac dangereux à partir de : tous les jours	87,2	76,2		
Cocaïne dangereux à partir de : de temps en temps	19,3	7,3		
Héroïne dangereux à partir de : de temps en temps	12,5	6,0		
Prévalence de l'usage du cannabis (au cours de la vie) : oui	53,4	19,6		
Proposition cannabis : oui	69,5	39,8		
Prévalence de l'usage du cannabis (au cours de l'année) : oui	25,2	6,4		
Prévalence de l'usage de drogues autres que le cannabis (au cours de la vie) : oui	15,3	3,6		
Connaissance consommateur de cannabis : oui, personnellement	59,1	35,8		
Connaissance consommateur de drogues autres que cannabis : oui, personnellement	30,0	13,3		
Très bien informé sur les drogues	16,5	7,8		
Drogues citées spontanément :				
... cocaïne	72,5	53,7		
... héroïne	62,9	44,9		
... crack	24,4	12,2		
... LSD	40,0	26,7		
Diplômé de l'enseignement supérieur	38,0	25,1		

Source : OFDT 1999

Les écarts présentés ici entre la classe et l'ensemble sont tous significatifs au seuil 0,001, sauf (*) : 0,01.

sein de cette classe que les prévalences d'usage de cannabis (pour l'année comme au cours de la vie) ou d'autres drogues sont maximales, de même que les proportions d'enquêtés déclarant connaître des consommateurs. Il semble donc qu'ils soient très familiers des substances qu'ils sont capables de différencier. C'est sur cette familiarité que s'appuie sans doute leur peur très faible et très sélective. Il est remarquable de noter que contrairement aux deux premières classes, celle-ci n'est pas sexuellement différenciée : en particulier, les hommes n'y sont pas sur-représentés.

■ **La quatrième classe** regroupe plus du quart de l'échantillon. Elle se caractérise par une certaine méfiance à l'égard des produits dans le sens où les individus ont majoritairement « plutôt peur » de l'ensemble des drogues illicites. A l'inverse, ils ont souvent « plutôt pas peur » de l'alcool, du tabac et des médicaments pour les nerfs. Ils considèrent le cannabis d'un point de vue médian puisqu'ils sont 75 % à en avoir « plutôt peur » ou « plutôt pas peur », ce qui n'est le cas que de 41,1 % de l'ensemble de l'échantillon (les avis tranchés étant majoritaires). Leur peur est donc nuancée selon les produits : on les baptisera les nuancés méfiants.

Ces nuances se retrouvent dans la perception du risque de dépendance : ils estiment que se passer de cocaïne, de cannabis ou d'héroïne est difficile à partir du moment où on en prend de temps en temps (pour les différents produits : 29,4 %, 29,5 % et 27,3 % contre respectivement 21,7 %, 22,4 % et 21,2 %). C'est au regard de la dangerosité perçue que l'on constate que le cannabis est jugé relativement moins dangereux que les autres drogues illicites. Par rapport à la classe 3, ces individus craignent davantage le cannabis (même une expérimentation), tout en ayant une peur ou une perception de la dangerosité identiques pour des substances psychoactives plus puissantes (héroïne, LSD, ecstasy, cocaïne). Enfin, cette classe est plus masculine que la moyenne, plus jeune aussi (39 ans en moyenne contre 41,7 ans pour l'ensemble), et ses membres s'estiment « moyennement » informés sur les drogues (plutôt mal ou plutôt bien).

Classe 4 (28,1 %), les nuancés méfiants

	% dans la classe	% global
Plutôt peur de prendre une fois ... du LSD	74,2	28,1
... de l'ecstasy	73,8	28,5
... du crack	68,6	26,4
... des champignons hallucinogènes	76,4	33,3
... des amphétamines	81,0	39,5
... de l'héroïne	59,9	23,4
... de la cocaïne	67,0	28,8
... un produit à inhaler	76,3	36,6
... un dopant	74,5	39,1
... du mop	30,9	11,9
Plutôt peur ou plutôt pas peur de prendre une fois ... du cannabis	75,0	41,1
... des médicaments pour les nerfs	83,4	63,8
Plutôt pas peur de prendre ... du tabac	34,8	25,3
... de l'alcool	35,2	27,9
Se passer de cocaïne, cannabis, héroïne difficile : de temps en temps ⁶⁶		
Héroïne, ecstasy, cocaïne dangereux à partir de : de temps en temps		
Cannabis : dangereux tous les jours et de temps en temps	49,9	40,3
Escalade cannabis drogues dures : plutôt d'accord et plutôt pas d'accord	52,7	43,5
Produit le plus dangereux : héroïne (*)	45,0	41,0
Homme	56,3	49,0
Prévalence usage de drogues autres que le cannabis (au cours de la vie) : non (*)	98,0	96,3
Plutôt mal ou plutôt bien informé sur les drogues	89,5	81,1

Source : OFDT 1999.

Les écarts présentés ici entre la classe et l'ensemble sont tous significatifs au seuil 0,001, sauf (*) : 0,05.

66. Pour ne pas alourdir le tableau, les produits pour lesquels le seuil donné (relativement plus souvent par les individus de cette classe) est le même sont regroupés sur la même ligne, les produits apparaissant alors en gras.

Classe 5 (6,1 %), les mal informés

	% dans la classe	% global
Ne connaît pas ... le crack	67,1	7,2
... le LSD	67,9	7,7
... l'ecstasy	43,3	3,1
... les amphétamines	39,6	3,8
... les champignons hallucinogènes	43,9	4,9
... le mop	86,4	65,9
Très peur de prendre une fois ... du cannabis	57,7	40,6
... du tabac	24,9	13,7
... de l'alcool (*)	17,0	11,6
Ecstasy dangereux à partir de : ne connaît pas	33,8	4,9
Produit le plus dangereux : ne sait pas	29,8	7,5
Escalade cannabis drogues dures : tout à fait d'accord	59,0	39,4
Se passer de cannabis difficile : dès qu'on essaie	39,5	27,8
Héroïne dangereux à partir de : tous les jours (*)	11,4	5,2
Cocaïne dangereux à partir de : tous les jours (*)	12,9	7,0
Très mal informé sur les drogues	36,6	10,2
Ne cite aucune drogue spontanément	18,8	4,5
Connaissance consommateur de cannabis : non	80,2	56,7
[50 - 75]	62,3	33,0
Diplôme : aucun ou certificat	44,7	20,6
Proposition de cannabis	79,0	60,2
Prévalence de l'usage de cannabis (au cours de la vie) : non	91,4	80,2

Source : OFDT 1999.

Les écarts présentés ici entre la classe et l'ensemble sont tous significatifs au seuil 0,001, sauf (*) : 0,05.

■ Les membres de la **classe 5** ont la particularité de peu connaître les produits cités, au point de n'avoir d'idée ni de la peur qu'ils pourraient leur inspirer, ni de leur dangerosité. Ils sont près d'un sur cinq à ne citer aucune drogue spontanément et n'en donnent en moyenne que 2,1 contre 3,7 pour l'ensemble de l'échantillon. Lorsqu'ils se prononcent de manière significative, c'est pour dire la forte peur que leur inspire l'expérimentation du cannabis, de l'alcool ou du tabac.

Cette méconnaissance ne transparaît plus que pour l'ecstasy dans les seuils à partir desquels ils jugent si les produits sont dangereux pour la santé. Pour les autres produits, ils se distinguent par le fait qu'ils situent la dangerosité des usages d'héroïne et de cocaïne à des consommations quotidiennes (11,4 % et 12,9 % contre respectivement 5,2 % et 7,0 % en moyenne), alors qu'ils considèrent qu'il est difficile de se passer de cannabis dès qu'on essaie.

Les trois quarts de cette classe s'estiment mal ou très mal informés (contre seulement 41 % pour l'ensemble de l'échantillon). Âgée (plus de 53 ans de moyenne d'âge), cette classe est aussi peu diplômée et particulièrement éloignée du cannabis. La majorité de ses membres adhère à la thèse de l'escalade du cannabis vers d'autres produits plus dangereux, mais près du tiers ne sait pas déterminer le produit le plus dangereux. Cette classe confirme ainsi qu'une faible familiarité à l'égard des drogues et un sentiment d'ignorance vont de pair avec une forte peur.

■ La **classe 6** regroupe plus de la moitié de l'échantillon, ses membres se caractérisant par le fait d'avoir répondu « très peur » pour l'ensemble des substances. Elle correspond à un refus assez massif de l'idée d'essayer des drogues quelles qu'elles soient. Il faut noter que l'alcool et le tabac sont ici différenciés, même si un peu moins de la moitié des membres de cette classe déclarent qu'ils auraient « très peur » ou « plutôt peur » d'en prendre. La crainte d'essayer du mop (32,5 % contre 19,3 % pour l'ensemble de l'échantillon) renvoie sans doute à une peur générale de « la drogue », qui se serait matérialisée par une réponse systématique pour les 13 produits qui étaient listés - assez rapidement - par les enquêteurs.

Classe 6 (51,4 %), une classe majoritaire, la grande peur

	% dans la classe	% global
Très peur de prendre une fois ... de l'ecstasy	92,7	59,8
... du LSD	89,2	57,0
... des amphétamines	72,1	42,2
... des champignons hallucinogènes	78,2	48,2
... de la cocaïne	88,2	59,2
... de l'héroïne	96,5	70,4
... du crack	88,5	60,1
... un produit à inhaler	78,4	49,6
... un dopant	67,9	41,1
... du cannabis	64,2	40,6
... du mop	32,5	19,3
... des médicaments pour les nerfs	26,3	16,1
Très ou plutôt peur de prendre une fois ... du tabac	49,1	37,4
... de l'alcool	44,2	33,5
Ecstasy, cannabis, cocaïne, héroïne dangereux à partir de : dès qu'on essaie		
Se passer de cocaïne, cannabis, héroïne , difficile : dès qu'on essaie		
Escalade cannabis drogues dures : tout à fait d'accord	44,8	39,4
Produit le plus dangereux : ecstasy	19,4	16,8
Tabac dangereux à partir de : dès qu'on essaie (*)	22,9	20,7
Prévalence de l'usage de cannabis (au cours de la vie) : non	87,0	80,2
Femme	59,3	51,0
Prévalence de l'usage de cannabis (au cours de l'année) : non	97,1	93,5
Proposition de cannabis : non	65,5	60,2
Prévalence de l'usage de drogues autres que le cannabis (au cours de la vie) : non	98,2	96,3
Connaissance consommateur de drogues (cannabis ou autres) :		

Source : OFDT 1999.

Les écarts présentés ici entre la classe et l'ensemble sont tous significatifs au seuil 0,001, sauf (*) : 0,01.

De façon assez prévisible, la dangerosité pour la santé est fréquemment située dès l'expérimentation pour l'ecstasy, le cannabis, la cocaïne et l'héroïne, mais aussi pour le tabac. Pour les produits pour lesquels cette question est posée (cannabis, héroïne et cocaïne), il leur semble également difficile de s'en passer dès qu'on essaie. Par ailleurs, les individus ont ici une certaine propension à soutenir l'idée de l'escalade et à désigner l'ecstasy comme étant le produit le plus dangereux. Cette classe, composée majoritairement de femmes, se caractérise principalement par sa faible familiarité avec le cannabis (l'expérimentation comme la proposition y sont plus rares que dans l'ensemble de l'échantillon). Elle est, en moyenne, légèrement plus âgée que l'ensemble de l'échantillon (42,6 ans contre 41,7 ans).

Compte tenu de sa grande taille, il est apparu opportun de relancer, sur cette seule classe 6, une nouvelle classification (CAH) afin de décrire succinctement ces individus par une nouvelle partition. En effet, la première partition commentée ici permet surtout d'isoler des minorités « atypiques », très éloignées du profil moyen des réponses, et il ne faut pas en conclure que ces 51,4 % d'enquêtés forment un bloc monolithique d'opinions très homogènes. Cette classe majoritaire se répartit ainsi en quatre sous-classes : un tiers a « très peur » de toutes les substances ; un tiers en a « plutôt peur » ; un quart différencie le cannabis, l'alcool et le tabac, qui sont moins craints que le reste des substances ; un dixième a « plutôt pas peur » sauf pour la cocaïne et le LSD, davantage craints.

Synthèse et discussion

Cette classification confirme d'abord que, globalement, les substances psychoactives suscitent la peur : une nette majorité des enquêtés a « très peur » ou « plutôt peur » de les essayer. Toutefois, les personnes interrogées ont généralement tendance à différencier les produits : à un degré ou à un autre, qu'elles déclarent un niveau général de peurs élevé ou faible, presque toutes les classes opèrent cette différenciation (hormis la classe 1 qui n'a pas du tout peur quel que soit le produit, et la classe 5 des mal informés). Cette différenciation recoupe souvent la distinction entre substances licites et illicites, et laisse une place intermédiaire à deux produits dont le statut est moins clairement identifié : le cannabis, produit illicite mais banalisé, et les médicaments pour les nerfs, produits licites mais qui dans le questionnaire n'étaient pas envisagés explicitement dans le cadre d'un usage prescrit par un médecin.

Les réponses des enquêtés obéissent à une logique sociale : parce qu'ils n'ont en général aucune compétence particulière pour juger de la dangerosité d'une substance, ils semblent souvent assimiler le dangereux à l'illicite⁶⁷, et inversement le bénin au licite. Ce recours aux catégories du licite et de l'illicite est d'autant plus marqué que les enquêtés sont peu familiers des substances dont il est question (pour les classes 4 et 6 en particulier). Les peurs déclarées et les dangerosités estimées s'agentent de façon cohérente, ces deux jugements reproduisant en particulier les mêmes différenciations entre substances.

Parmi les déterminants individuels de ces peurs, il faut bien distinguer les caractéristiques sociodémographiques (l'âge, le sexe et le diplôme) des variables qui mesurent la familiarité des enquêtés avec les substances psychoactives. Pour les secondes, il est compréhensible qu'un sentiment de familiarité réduise les peurs, dans la mesure où l'individu craint moins (peut-être à tort d'ailleurs) des substances qu'il a le sentiment de connaître. Pour les premières, deux interprétations sont envisageables. D'une part, déclarer une peur n'est pas une opinion anodine. Cela renvoie à l'image que l'enquêté a de lui-même, et en particulier à la perception de sa propre vulnérabilité. Or, ce sentiment de vulnérabilité, qui n'est pas cantonné à la seule vulnérabilité physique, augmente généralement avec l'âge et s'avère plus répandu chez les femmes que chez les hommes, ainsi que parmi les catégories de la population les moins diplômées. Toutefois, les relations observées ici entre ces variables et les peurs peuvent aussi relever d'un effet de structure, dans la mesure où les hommes, les jeunes et les plus diplômés sont aussi les plus « proches » des drogues.

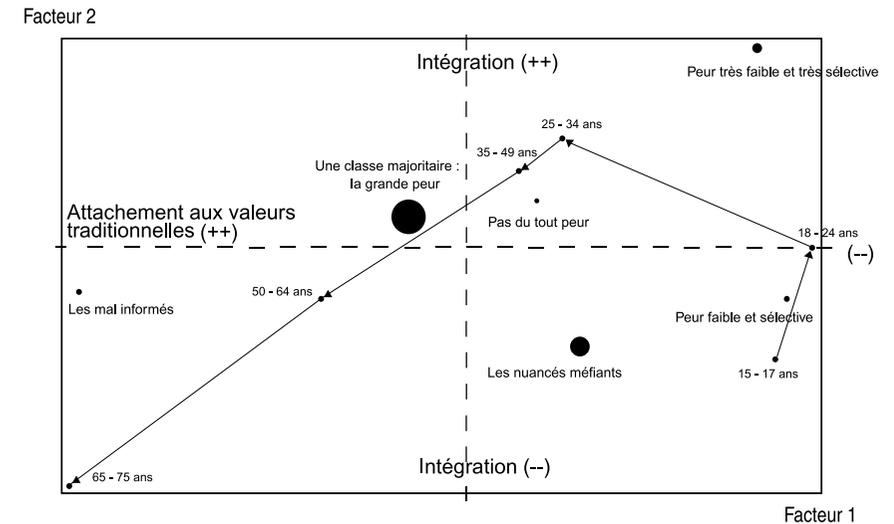
67. Même s'il convient de nuancer ce propos dans le cas du cannabis.

Pour corriger cet effet de structure, les trois premières classes, caractérisées globalement par une faible peur, ont été regroupées, et la probabilité d'appartenir à cette classe agrégée a été modélisée (via une régression logistique) en fonction de l'âge, du sexe, du diplôme et des différentes variables qui permettent de mesurer la proximité avec les substances psychoactives. Cette régression montre que c'est avant tout le fait d'avoir déjà consommé du cannabis ou une autre drogue qui favorise l'appartenance à l'une de ces trois classes, puis dans une moindre mesure le sexe. Le simple fait de se voir proposer une substance ne semble donc pas diminuer la peur d'en prendre, et une fois contrôlées les éventuelles consommations, l'âge et le diplôme cessent d'être associés aux peurs. Reste donc l'effet sexe : toutes choses égales par ailleurs, les hommes ont moins tendance à déclarer qu'ils auraient peur de prendre une substance psychoactive, peut être entre autres parce qu'ils se sentent moins vulnérables et parce que les valeurs masculines limitent davantage la propension à avouer une peur quelle qu'elle soit.

De plus, il convient de dire quelques mots du mop, notre produit leurre. Il est remarquable qu'au sein de la classe 3 (peur très faible et très sélective) les enquêtés déclarant ne pas connaître ce produit soient sur-représentés, puisque les individus de cette classe sont plus diplômés que la moyenne, citent plus de substances, se sentent mieux informés et sont plus proches des substances puisqu'ils en ont plus souvent déjà consommé ou ont plus fréquemment des consommateurs dans leur entourage. Ces individus ont donc toutes les chances de répondre aux questions posées avec davantage de recul, en mobilisant leur expérience ou leurs connaissances, ce qui les conduirait spontanément à déclarer ne pas connaître le mop, plutôt que de répondre qu'ils en ont peur. Toutefois, la seule autre classe également plus encline à déclarer ne pas connaître cette substance leurre est la classe 5 (les mal informés). Autrement dit, le mop permet à la fois de repérer les enquêtés les plus familiers des substances psychoactives et les plus éloignés. Ce n'est pas forcément étonnant : après tout, ces deux classes sont celles qui sont le plus capables de prendre de la distance à l'égard du questionnaire, même si ce n'est pas pour les mêmes raisons. Enfin, les peurs suscitées par les produits ne sont pas indépendantes des valeurs des enquêtés. Pour illustrer ce point, les six classes ont été projetées sur le premier plan factoriel Agoramétrie⁶⁸.

68. Cf. chapitre suivant pour sa présentation détaillée.

Projection de la typologie des peurs sur le premier plan factoriel Agoramétrie



Source : OFDT 1999.

On retrouve un fort effet âge : ceux qui ont le moins peur sont plus jeunes et moins attachés aux valeurs traditionnelles. À l'inverse, les moins informés sont plus âgés et plus attachés à ces valeurs. On remarquera surtout sur ce graphique les positions des deux premières classes. Les individus de la classe 3 (peur très faible et très sélective), la classe la plus familière des substances psychoactives et aussi la plus jeune, sont peu attachés aux valeurs traditionnelles, mais sont aussi socialement bien intégrés (contrairement aux nuances méfiants). Quant à la classe des pas du tout peur, elle ne se projette significativement sur aucun des deux axes.

Cette minorité qui n'a peur de rien, qui ne se distingue pourtant pas du profil moyen au niveau des jugements portés sur la dangerosité des produits et dont la principale caractéristique est une nette sur-représentation des hommes, n'est donc pas non plus associée à un profil axiologique particulier. Cette difficulté à caractériser cette minorité illustre sans doute les limites de nos interprétations comme de l'enquête elle-même, mais suggère aussi que ces 2,6 % ont répondu trop « mécaniquement » aux questions posées. En l'occurrence, les enquêteurs les ont jugés un peu plus souvent agressifs ou distraits et ils ont par ailleurs répondu plus rapidement au questionnaire.

Les représentations des « toxicomanes »

Premiers résultats

Des opinions divisées et parfois ambivalentes

Il s'agit ici d'étudier la façon dont les personnes interrogées se représentent les toxicomanes, et plus particulièrement les consommateurs d'héroïne (substance emblématique des drogues dites « dures »). Huit assertions ont été proposées aux enquêtés, qui devaient indiquer leur degré d'assentiment. Ces assertions impliquent un jugement normatif souvent défavorable à l'égard des usagers d'héroïne, les présentant comme des parasites, comme un danger pour leur entourage, ou leur prêtant des comportements répréhensibles (vouloir entraîner les jeunes). Ce jugement s'articulait souvent avec une « explication » de leur situation (manque de volonté, problèmes familiaux, difficulté à trouver sa place dans la société...). Ce dernier point est particulièrement intéressant, dans la mesure où les psychosociologues ont montré que les représentations sociales ont avant tout une fonction causale⁶⁹ : elles nous permettent de comprendre un phénomène (ici la toxicomanie) en l'expliquant, en lui trouvant des causes qui font sens et qui mettent notamment plus ou moins l'accent sur la responsabilité individuelle du toxicomane.

On notera tout d'abord que les non-réponses sont peu fréquentes : elles sont toujours inférieures à 2 %, sauf lorsqu'il s'agit de mettre en cause des problèmes familiaux (2,5 %) ou d'estimer si les héroïnomanes cherchent à entraîner les jeunes (2,8 %). Globalement, les enquêtés s'avèrent divisés, surtout au moment de trouver des causes à la toxicomanie. Un peu plus de la moitié d'entre eux sont d'accord⁷⁰ pour expliquer l'héroïnomanie par la difficulté à trouver une place dans la société (56,4 %) ou par des problèmes familiaux (59,4 %) et pour estimer que les usagers

69. Cf. M. Hewstone, 1989.

70. Ici et dans la suite, on agrège les modalités de réponse en deux groupes : d'accord (plutôt d'accord ou tout à fait d'accord) et pas d'accord (plutôt pas d'accord ou pas du tout d'accord).

d'héroïne manquent de volonté (55,2 %) ou sont des personnes malades (50,6 %). En revanche, s'agissant du danger que représentent ces usagers, les avis sont moins partagés : respectivement 73,6 % et 63,5 % des personnes interrogées sont d'accord pour juger qu'ils sont dangereux pour leur entourage ou cherchent à entraîner les jeunes. À l'inverse, seule une minorité accepte d'assimiler les héroïnomanes à des parasites (21,8 % d'accord) ou l'héroïnomanie à un choix de vie (32,2 % d'accord). Tels quels, ces résultats doivent être interprétés avec circonspection : en effet, des analyses plus approfondies montreront que les réponses des enquêtés se combinent parfois de façon inattendue, ce qui tendrait à révéler une certaine ambivalence des assertions proposées.

Opinions sur les consommateurs d'héroïne : (% en ligne)

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
Certains pensent que ceux qui prennent de l'héroïne ...				
... le font parce qu'ils ne trouvent pas leur place dans la société	17,6 %	38,8 %	20,2 %	21,9 %
... manquent de volonté	30,2 %	25,0 %	25,7 %	17,3 %
... sont des personnes malades	22,7 %	27,9 %	23,3 %	24,7 %
... le font à cause de problèmes familiaux	13,7 %	45,7 %	21,9 %	15,9 %
... sont des parasites	8,4 %	13,4 %	35,7 %	40,8 %
... sont dangereux pour leur entourage	33,2 %	40,4 %	17,0 %	7,5 %
... cherchent à entraîner les jeunes	30,3 %	33,2 %	23,8 %	9,8 %
Certains pensent que prendre de l'héroïne est un choix de vie	11,6 %	20,6 %	25,7 %	39,5 %

Source : OFDT 1999

Facteurs associés aux opinions sur les toxicomanes

Précisons maintenant ces premiers résultats en les croisant avec différentes caractéristiques individuelles : sexe, âge, niveau de diplôme, proximité avec le cannabis. On ne citera que les relations statistiquement significatives. Plus souvent que les hommes, les femmes sont d'accord pour expliquer l'héroïnomanie par une difficulté à trouver une place dans la société (60 %

des femmes se déclarent d'accord, contre 52,6 % des hommes), par des problèmes familiaux (62,1 % contre 56,5 %) ou pour la considérer comme un choix de vie (36,5 % contre 27,7 %). Elles sont également plus nombreuses à penser que les héroïnomanes cherchent à entraîner les jeunes (67,6 % contre 59,3 %). En revanche, elles s'avèrent moins enclines à juger que les héroïnomanes sont des malades (47,7 % contre 53,6 %) ou manquent de volonté (52,5 % contre 58 %). De façon générale, il semble que les femmes aient plus souvent tendance à se conformer aux assertions proposées, mais adhèrent également davantage que les hommes à celles qui replacent la toxicomanie dans un contexte collectif (du point de vue de ses causes comme de ses conséquences).

Les opinions exprimées à l'égard des usagers d'héroïne varient également selon l'âge des personnes interrogées. Les relations observées sont multiples : trois logiques peuvent être distinguées. D'abord une opposition « jeunes/vieux », autrement dit un impact monotone de l'âge sur les opinions : plus les enquêtés sont âgés, plus ils sont d'accord pour considérer que les héroïnomanes manquent de volonté (ils sont 45,9 % à 15-17 ans, 69,0 % à 65-75 ans), que ce sont des malades (37,0 % à 15-17 ans, 57,3 % à 65-75 ans) et qu'ils se droguent parce qu'ils ne trouvent pas leur place dans la société (45,4 % à 15-17 ans, 60,5 % à 65-75 ans). Cet impact est moins régulier pour l'assertion présentant l'héroïnomanie comme un choix de vie : les plus jeunes s'opposent globalement à toutes les autres classes d'âge (41,7 % des 15-17 ans se déclarent d'accord et, pour les autres, cette proportion est comprise entre 30,2 % et 32,7 %). L'impact de l'âge traduit sans doute à la fois un effet âge et un effet génération : les générations les plus anciennes sont plus conservatrices et cette attitude s'intensifie avec l'âge, de sorte que les plus âgés sont plus enclins à considérer la toxicomanie comme une déviance, et donc les héroïnomanes comme des gens « anormaux » (malades, sans volonté ou à l'écart de la société), et non comme des gens qui auraient simplement fait un choix de vie.

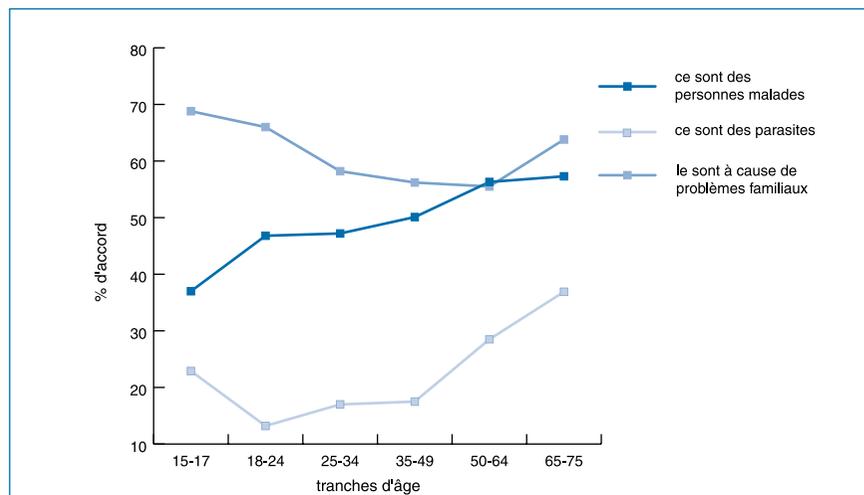
Lorsqu'il s'agit de présenter les usagers d'héroïne comme une catégorie nuisible ou dangereuse, cet impact monotone de l'âge est perturbé : l'accord augmente bien avec l'âge, à ceci près qu'il est plus fréquent à 15-17 ans qu'à 18-25 ans. Ainsi, parmi les 15-17 ans, 22,9 % sont d'accord pour assimiler les héroïnomanes à des parasites (contre 13,2 % des 18-25 ans), 74,1 % considèrent qu'ils sont dangereux pour leur entourage (contre 68,8 %), et 59,3 % qu'ils cherchent à entraîner les jeunes (contre 41,6 %). Plus globalement, les 18-25 ans sont les plus opposés à cette stigmatisa-

71. Au seuil de 5 %.

tion, tandis que les réponses des 15-17 ans les situent très près des 35-49 ans. Deux facteurs nous paraissent envisageables. D'une part les 18-25 ans se caractérisent par une plus grande familiarité avec les produits psychoactifs en général : ils sont plus nombreux à en avoir déjà consommé (au cours de leur vie ou de l'année) ou à s'en être vus proposer. Or, cette proximité, comme on le verra, est associée à une plus grande tolérance à l'égard des héroïnomanes. D'autre part, non seulement les 15-17 ans sont moins « proches » des produits psychoactifs, mais en outre ils sont sans doute encore peu émancipés et peuvent avoir tendance à reproduire les opinions de leurs parents (surtout lors d'une enquête téléphonique à leur domicile).

Enfin, un troisième type de relations entre âge et opinion sur les héroïnomanes fait intervenir un effet « cycle de vie » : ce sont les individus qui ont le moins de responsabilité familiale qui ont le plus souvent tendance à mettre en cause des problèmes familiaux. L'accord est ainsi plus fréquent parmi les 15-25 ans et les 65-75 ans, les premiers n'ayant en général pas encore d'enfant à élever, et les seconds n'en ayant plus. Cette interprétation se confirme si l'on considère la structure du ménage : l'accord est significativement plus fréquent parmi les enquêtés qui n'ont pas d'enfant de moins de 18 ans. Le graphique ci-dessous illustre ces trois types de relation entre l'âge et les opinions relatives aux héroïnomanes.

Âge et opinions sur les héroïnomanes



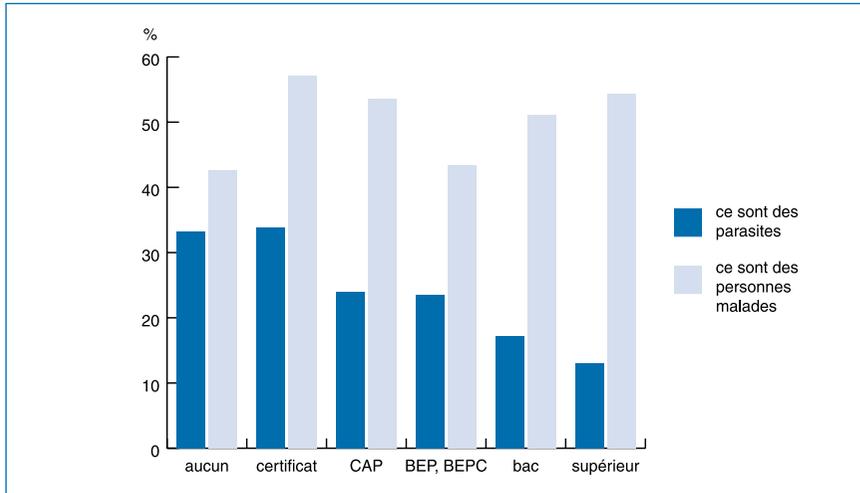
Source : OFDT 1999

L'effet du diplôme sur ces opinions est assez prévisible : on peut s'attendre à ce que plus le niveau d'études augmente, plus les individus soient tolérants à l'égard des héroïnomanes. En fait, cette relation se vérifie surtout pour les assertions les moins ambiguës, c'est-à-dire les plus stigmatisantes : identifier les héroïnomanes à des parasites (33,2 % des sans diplôme sont d'accord, contre seulement 13,0 % des diplômés de l'enseignement supérieur), considérer qu'ils sont dangereux pour leur entourage (79,7 % contre 66,3 %), qu'ils cherchent à entraîner les jeunes (77,2 % contre 44,3 %) ou qu'ils manquent de volonté (65,3 % contre 43,7 %). Pour d'autres assertions, la relation s'avère plus discontinue, isolant surtout les plus diplômés : ceux-ci expliquent plus souvent l'héroïnomanie par la difficulté à trouver sa place dans la société (63,7 % des diplômés du supérieur sont d'accord, contre 56,5 % en moyenne) et l'assimilent moins fréquemment à un choix de vie (23,7 %, contre 32,2 % en moyenne). Pour les deux assertions restantes, les niveaux d'accord varient également avec le diplôme, mais sans qu'une tendance interprétable se dégage : d'une part la propension à expliquer l'héroïnomanie par des problèmes familiaux est la plus élevée aux deux extrêmes de l'échelle des diplômes, d'autre part identifier les usagers d'héroïne à des personnes malades oppose les titulaires du certificat d'études (57,1 % d'accord) aux sans diplôme (42,6 %).

Ces évolutions contrastées en fonction du diplôme (cf. graphique ci-dessous) suggèrent que les assertions proposées aux enquêtés n'ont pas forcément été comprises de façon uniforme : on peut imaginer que plus une assertion est ambiguë (par exemple, considérer les héroïnomanes comme des malades), moins la relation entre opinion et diplôme est claire. D'où la nécessité de procéder à une approche multivariée, et non plus question par question.

Avant de réaliser cette analyse multivariée, vérifions l'influence de la familiarité avec le cannabis. Cette proximité est repérée par trois modalités : avoir déjà consommé du cannabis au cours de sa vie, n'en avoir pas consommé mais s'en être déjà vu proposer, ou ni l'un ni l'autre. Cette proximité n'est significativement associée qu'aux assertions les plus stigmatisantes, et toujours de la même façon : plus la proximité avec le cannabis est forte, moins les usagers d'héroïne sont stigmatisés. Par exemple, parmi ceux qui ont déjà pris du cannabis, seuls 10,2 % assimilent les héroïnomanes à des parasites et 36,9 % pensent qu'ils essayent d'entraîner les jeunes. Ces proportions passent respectivement à 19,8 % et 59,9 % parmi ceux qui s'en sont déjà vus proposer sans en consommer, puis à 26,4 % et 73,4 % pour ceux qui ne s'en sont jamais vu proposer. Évidemment, il ne faut pas perdre de vue le fait que de multiples effets de structures s'enchevêtrent ici : les plus « proches » du cannabis ont plus souvent entre 18 et 25 ans, et sont aussi plus diplômés.

Diplôme et opinions sur les héroïnomanes (en % d'accord)



Source : OFDT 1999

Représentations des toxicomanes et opinions sur les politiques publiques

Typologie des perceptions des usagers d'héroïne

La méthode statistique retenue (la Classification Ascendante Hiérarchique) permet de considérer simultanément les degrés d'adhésion aux huit opinions proposées par le questionnaire, et de regrouper les individus en types contrastés. Il est ainsi possible de mettre en évidence les relations statistiques existant entre ces adhésions, et donc des structures d'opinions plus ou moins cohérentes. Les questions relatives aux politiques publiques ne seront utilisées qu'à titre illustratif : elles ne participent pas activement à l'analyse. De la sorte, les relations qui apparaîtront entre ces questions et les représentations associées aux toxicomanes auront davantage de sens du point de vue interprétatif et seront statistiquement plus robustes. Cela revient à supposer que les opinions sur les politiques dépendent des perceptions des toxicomanes, et que l'étude des secondes rend compte de la diversité des premières de manière satisfaisante. La procédure de classification conduit à opter pour une typologie en six classes. Pour chacune d'entre elles, un tableau recense les modalités les plus représentatives (avec leurs proportions dans la classe et dans l'ensemble de l'échantillon),

Classe 1 (11,7 %), refus de la stigmatisation

	% dans la classe	% global
Ceux qui prennent de l'héroïne ...		
... cherchent à entraîner les jeunes : pas du tout d'accord	71,8	9,8
... sont dangereux pour leur entourage : pas du tout d'accord	51,0	7,5
... sont des parasites : pas du tout d'accord	89,0	40,8
... manquent de volonté : pas du tout d'accord	43,5	17,3
... sont des personnes malades : pas du tout d'accord	41,5	24,7
... le font à cause de problèmes familiaux : pas du tout d'accord	25,2	15,9
Prendre de l'héroïne peut être un choix de vie : pas du tout d'accord	54,0	44,4
L'interdiction du cannabis empêche d'en consommer : pas du tout d'accord	45,4	27,9
On peut arriver à ce que personne ne se drogue : pas du tout d'accord	57,0	41,1
Seringues en vente libre : tout à fait favorable	58,4	45,1
l'interdiction de l'héroïne empêche d'en consommer : pas du tout d'accord	36,0	24,6
Information sur les drogues auprès des jeunes : pas du tout dangereuse	68,2	55,7
Prescription de produits de substitution à l'héroïne : tout à fait favorable	54,5	44,1
Mise en vente libre du cannabis : plutôt ou tout à fait favorable	28,2	17,1
Autorisation de l'usage du cannabis sous conditions : tout à fait d'accord	22,4	14,8
Prescription du cannabis (contre la douleur) : tout à fait d'accord	41,9	34,6
Prévalence de l'usage de cannabis (au cours de la vie) : oui	38,8	19,6
Prévalence de l'usage de cannabis (au cours des douze derniers mois) : oui	17,7	6,4
S'est déjà vu proposer du cannabis : oui	56,5	39,8
18 - 24 ans	22,2	12,5
Orientation politique : à gauche	53,8	40,5
Sans religion	45,8	33,3
Étudiant	23,1	13,8
Diplômé de l'enseignement supérieur	36,4	25,1
Professions intermédiaires	21,5	15,1
Agglomération parisienne	23,3	17,5

présentées dans l'ordre de significativité décroissant, et regroupées en trois thèmes : les perceptions des toxicomanes, les opinions sur les politiques et les caractéristiques individuelles.

■ La **première classe** regroupe un peu plus d'un enquêté sur dix. Ces individus se distinguent avant tout par leur rejet des opinions qui stigmatisent les usagers d'héroïne en les présentant comme une menace pour les autres : sept sur dix ne sont pas du tout d'accord avec l'idée selon laquelle ces usagers cherchent à entraîner les jeunes, et la moitié nie également qu'ils constituent un danger pour leur entourage, contre à chaque fois moins de 10 % de l'ensemble des enquêtés. Ils sont aussi 89,0 % à refuser catégoriquement de considérer les héroïnomanes comme des parasites, contre seulement 40,8 % de l'ensemble de l'échantillon. Plus généralement, ces individus semblent hostiles à toute forme d'étiquetage des toxicomanes, à toute généralisation, puisqu'ils rejettent également plus souvent que l'ensemble les opinions qui présentent ceux-ci comme des victimes passives (qui manquent de volonté ou ont des problèmes familiaux) ou des individus responsables (qui ont fait un choix de vie). Bref, cette classe se caractérise par son refus de stigmatiser les héroïnomanes.

Concernant les politiques menées, ces individus portent un regard critique sur l'efficacité des interdictions, pour l'héroïne comme pour le cannabis : 45,4 % ne sont pas du tout d'accord avec l'idée selon laquelle l'interdiction du cannabis empêche d'en consommer (contre 27,9 % pour l'ensemble) et 36,0 % pour l'héroïne (contre 24,6 %). Ils se déclarent en revanche plus souvent tout à fait favorables à la mise en vente libre des seringues (58,4 % contre 45,1 %) ou à la prescription de produits de substitution (54,5 % contre 44,1 %) et plus des deux tiers d'entre eux pensent que l'information auprès des jeunes n'est pas du tout dangereuse. Au-delà de leur appréciation des actions existantes, ces individus sont plus pragmatiques : 57,0 % ne sont pas du tout d'accord avec l'idée selon laquelle on peut arriver à ce que personne ne se drogue, contre 41,1 % pour l'ensemble. Pour les actions envisageables, ils sont aussi plus favorables à la libéralisation du cannabis, sans restriction ou sous conditions, comme à sa prescription pour soulager la douleur. Le refus de la stigmatisation des héroïnomanes s'accompagne donc d'une attitude plus libérale à l'égard des politiques publiques, du moins pour le cannabis.

De ce point de vue, on notera que ces individus ont une plus grande familiarité avec le cannabis : ils sont plus nombreux à en avoir consommé au cours de leur vie (38,8 % contre 19,6 %), au cours de l'année (17,7 % contre 6,4 %), et à s'en être vu proposer (56,5 % contre 39,8 %). Par ailleurs, ils citent en moyenne 4,4 drogues, contre 3,7 pour l'ensemble. Les 18-24 ans sont ici sur-

représentés (avec un âge moyen à 35 ans, contre 42 ans pour l'ensemble), ainsi que les étudiants, les diplômés de l'enseignement supérieur, les professions intermédiaires et les habitants de l'agglomération parisienne. Cette population plutôt urbaine, jeune et diplômée se situe politiquement plus souvent à gauche (53,8 % contre 40,5 %), et déclare plus rarement un sentiment religieux (près de la moitié se disent sans religion, contre un tiers pour l'ensemble).

■ La **seconde classe** rassemble un peu moins d'un enquêté sur vingt. Ses membres se distinguent essentiellement par leurs non-réponses, relativement aux opinions sur les toxicomanes (plus de la moitié ne se prononce pas sur l'idée selon laquelle les usagers d'héroïne cherchent à entraîner les jeunes, ou se droguent à cause de problèmes familiaux, contre moins de 3 % sur l'ensemble de l'échantillon) et sur l'évaluation des politiques publiques. Ce cumul de non-réponses s'étend au positionnement politique (ils sont deux fois plus nombreux à ne pas vouloir indiquer leur préférence). Ces individus sont plutôt âgés : on compte parmi eux un tiers de 65-75 ans, un tiers de retraités, et ils ont en moyenne 52 ans (contre 42 ans pour l'ensemble). Caractérisés par un certain repli social, dans la mesure où ils refusent de prendre position sur les questions d'opinion posées, les membres de cette classe connaissent peu les drogues : ils en citent en moyenne 3,2 (contre 3,7 pour l'ensemble), et sont plus nombreux à ne jamais avoir consommé de cannabis, ni à s'en être vu proposer.

■ La **troisième classe** est la plus nombreuse, puisqu'elle réunit près de quatre enquêtés sur dix. Du point de vue des représentations associées aux usagers d'héroïne, les membres de cette classe se caractérisent avant tout par leur modération : plus souvent que la moyenne, ils optent pour les deux modalités intermédiaires. Ils sont par exemple neuf sur dix à se déclarer plutôt d'accord ou plutôt pas d'accord avec les affirmations selon lesquelles ces usagers manquent de volonté, cherchent à entraîner les jeunes ou sont dangereux pour l'entourage, contre un peu plus de la moitié dans l'ensemble de l'échantillon. Par contre, pour l'opinion présentant les héroïnomanes comme des parasites, leur position est toujours nuancée, mais exprime plutôt un désaccord : 62,9 % d'entre eux se disent plutôt pas d'accord, contre 35,7 % pour l'ensemble (et l'autre modalité intermédiaire ne ressort pas).

Ce profil de réponses se retrouve pour les politiques publiques, avec des inflexions notables. D'abord, la majorité de ces individus porte un jugement très modéré sur les interdictions du cannabis et de l'héroïne, qu'il s'agisse d'évaluer leur efficacité (elles empêchent la consommation : 63,9 %

sont plutôt ou plutôt pas d'accord pour le cannabis, 65,4 % pour l'héroïne, contre respectivement 48,1 % et 47,0 % dans l'ensemble) ou leur légitimité (elles portent atteinte à la liberté de faire ce que l'on veut avec son corps : 63,2 % sont plutôt ou plutôt pas d'accord pour le cannabis, 59,1 % pour l'héroïne, contre respectivement 45,8 % et 41,3 % dans l'ensemble). En revanche, tout en continuant à privilégier les modalités intermédiaires, les membres de cette classe se montrent moins indécis sur des considérations plus générales : ils ont tendance à penser que l'information auprès des jeunes n'est plutôt pas suffisante, et ne sont plutôt pas d'accord avec l'opinion selon laquelle on peut arriver à ce que personne ne se drogue.

Classe 2 (4,8 %), sans opinion

	% dans la classe	% global
Ceux qui prennent de l'héroïne ...		
... cherchent à entraîner les jeunes : NSP	58,1	2,8
... le font à cause de problèmes familiaux : NSP	51,7	2,5
L'information auprès des jeunes est-elle suffisante ? NSP	35,1	7,8
Faudrait-il aider les toxicomanes à s'en sortir ? NSP	29,9	7,2
L'interdiction de l'héroïne est une atteinte à la liberté : NSP	14,9	2,5
Opinion sur la prescription de produits de substitution : NSP	11,1	2,6
65 - 75 ans	28,9	13,0
Retraité	34,9	18,6
Orientation politique : ne veut pas le dire	11,2	4,1
S'est déjà vu proposer du cannabis : non	73,7	60,2
Prévalence de l'usage de cannabis (au cours de la vie) : non	89,4	80,2

Source : OFDT 1999

Les écarts présentés ici entre la classe et l'ensemble sont tous significatifs au seuil 0,001.

Surtout, ils jugent diversement les mesures de libéralisation envisagées par le questionnaire, selon le produit concerné et selon que ces mesures s'inscrivent ou non dans une perspective médicale. Ainsi, ils se déclarent plus souvent que l'ensemble plutôt pas d'accord avec la mise en vente libre du cannabis et avec l'autorisation de l'usage d'héroïne sous conditions, et restent partagés pour la réglementation sous conditions du cannabis (la moitié se déclare plutôt d'accord ou plutôt pas d'accord,

Classe 3 (38,1 %), une majorité nuancée ou indécise

	% dans la classe	% global
Ceux qui prennent de l'héroïne ...		
... sont des parasites : plutôt pas d'accord	62,9	35,7
... manquent de volonté: plutôt ou plutôt pas d'accord	80,9	50,7
... cherchent à entraîner les jeunes : plutôt ou plutôt pas d'accord		57,1
... sont dangereux pour leur entourage : plutôt ou plutôt pas d'accord	75,9	57,4
...sont des personnes malades : plutôt ou plutôt pas d'accord		51,3
... ne trouvent pas leur place dans la société : plutôt ou plutôt pas d'accord	82,6	58,9
... le font à cause de problèmes familiaux : plutôt ou plutôt pas d'accord	92,2	67,6
Prendre de l'héroïne peut-être un choix de vie : plutôt ou plutôt pas d'accord	62,8	42,2
L'interdiction du cannabis empêche d'en consommer : plutôt ou plutôt pas d'accord	63,9	48,1
L'interdiction de l'héroïne empêche d'en consommer : plutôt ou plutôt pas d'accord	65,4	47,0
L'interdiction du cannabis est une atteinte à la liberté : plutôt ou plutôt pas d'accord	63,2	45,8
L'interdiction de l'héroïne est une atteinte à la liberté : plutôt ou plutôt pas d'accord	59,1	41,3
Mise en vente libre du cannabis : plutôt pas d'accord	27,7	18,6
Autorisation de l'usage de l'héroïne sous condition : plutôt pas d'accord	22,3	14,2
On peut arriver à ce que personne ne se drogue : plutôt pas d'accord	41,8	31,5
L'information auprès des jeunes est-elle suffisante ? non, plutôt pas	53,7	43,2
Autorisation de l'usage du cannabis sous condition : plutôt ou plutôt pas d'accord	51,2	35,6
Recevoir de l'héroïne sous contrôle médical : plutôt d'accord	42,2	33,2
Prescription du cannabis (contre la douleur) : plutôt d'accord	40,9	32,8
Prescription de produits de substitution à l'héroïne : plutôt favorable	44,0	36,7
Connaissance de la prescription de produits de substitution : oui	75,3	68,5
Connaissance de la vente de seringues sans ordonnance : oui	72,1	68,4
S'est déjà vu proposer du cannabis : oui	46,2	39,8
Prévalence de l'usage de cannabis (au cours de la vie) : oui	24,0	19,6
Diplômé de l'enseignement supérieur	35,5	25,1
Professions intermédiaires ou cadre supérieur	30,3	22,8
Étudiant	17,5	13,8
18 - 34 ans	38,6	32,2

Source : OFDT 1999

Les écarts présentés ici entre la classe et l'ensemble sont tous significatifs au seuil 0,001.

contre un tiers dans l'ensemble de l'échantillon). En revanche, lorsqu'il est question d'utiliser le cannabis à des fins thérapeutiques, ou l'héroïne sous contrôle médical, ils s'avèrent plus fréquemment plutôt favorables (et sont aussi plutôt favorables à la prescription de produits de substitution).

Évidemment, il n'est pas facile de déterminer dans quelle mesure ces réponses nuancées révèlent une modération dans le jugement, ou simplement une indécision résultant d'une méconnaissance. Cette troisième classe regroupe sans doute ces deux types de populations. On remarquera toutefois que ses membres sont plus nombreux que la moyenne à connaître la prescription de produits de substitution et la vente de seringues sans ordonnance. Par ailleurs, pour une bonne partie d'entre eux, le cannabis n'est pas une inconnue : presque la moitié s'en est vu proposer, un quart en a déjà consommé (et ils citent en moyenne 4,2 drogues, contre 3,7 pour l'ensemble). Le profil sociodémographique montre qu'il s'agit là d'individus plutôt jeunes (les moins de 35 ans sont sur-représentés, avec un âge moyen à 38 ans, contre 42 ans pour l'ensemble), plus souvent diplômés de l'enseignement supérieur, étudiants, professions intermédiaires ou cadres supérieurs.

■ La **quatrième classe** regroupe près du quart de l'échantillon et propose un profil d'opinions parfois difficile à interpréter. Elle s'oppose d'abord à la troisième classe, dans la mesure où ses membres choisissent presque toujours les modalités extrêmes et non les modalités intermédiaires. Elle s'oppose aussi à la première classe, puisqu'elle se caractérise par des opinions plutôt hostiles aux usagers d'héroïne, ou du moins stigmatisantes. En l'occurrence, ces individus sont deux fois plus nombreux à se déclarer tout à fait d'accord pour estimer que ces usagers tentent d'entraîner les jeunes, sont un danger pour leur entourage et manquent de volonté (respectivement 63,1 %, 61,2 % et 53,4 % contre 30,3 %, 33,2 % et 30,2 % pour l'ensemble de l'échantillon). S'ils adhèrent sans réserve à ces opinions qui dressent un portrait très peu flatteur des héroïnomanes, et les présentent en particulier comme des individus dangereux, ils sont en revanche très partagés lorsqu'il s'agit de trouver des causes à la toxicomanie : s'agissant d'invoquer des problèmes familiaux ou une difficulté à trouver sa place dans la société, d'assimiler les toxicomanes à des malades ou de considérer qu'ils ont fait un choix de vie, la majorité d'entre eux choisit une modalité extrême, se déclarant soit tout à fait, soit pas du tout d'accord.

Face à ces réponses apparemment ambiguës, nous proposons l'hypothèse suivante. Il est possible que les questions correspondantes soient diver-

Classe 4 (24,3 %), gestion coercitive d'une population dangereuse

	% dans la classe	% global
Ceux qui prennent de l'héroïne ...		
... cherchent à entraîner les jeunes : tout à fait d'accord	63,1	30,3
... sont dangereux pour leur entourage : tout à fait d'accord	61,2	33,2
... manquent de volonté : tout à fait d'accord	53,4	30,2
... le font à cause de problèmes familiaux : pas du tout ou tout à fait d'accord	57,4	29,6
... sont des parasites : pas du tout d'accord	62,3	40,8
... ne trouvent pas leur place dans la société : pas du tout ou tout à fait d'accord	69,6	39,6
... sont des personnes malades : pas du tout ou tout à fait d'accord	76,4	47,3
Prendre de l'héroïne peut-être un choix de vie : pas du tout ou tout à fait d'accord	80,8	56,0
L'information auprès des jeunes est-elle dangereuse ? oui, tout à fait	17,9	8,6
Dans notre société, on tente d'aider les toxicomanes à s'en sortir : oui, tout à fait	41,4	27,4
Mise en vente libre du cannabis : pas du tout d'accord	77,7	63,9
L'interdiction du cannabis empêche d'en consommer : tout à fait d'accord	34,0	22,5
L'interdiction du cannabis est une atteinte à la liberté : pas du tout ou tout à fait d'accord	71,0	49,6
On peut arriver à ce que personne ne se drogue : tout à fait d'accord	21,7	12,8
Autorisation de l'usage du cannabis sous condition : pas du tout d'accord	60,2	48,7
L'interdiction de l'héroïne empêche d'en consommer : pas du tout ou tout à fait d'accord	70,0	51,1
L'interdiction de l'héroïne est une atteinte à la liberté : pas du tout ou tout à fait d'accord	73,5	56,2
Recevoir de l'héroïne sous contrôle médical : pas du tout d'accord	35,0	26,2
Vente de seringues sans ordonnance : pas du tout favorable	32,2	24,0
Obligation de soin pour les consommateurs interpellés : c'est une très bonne chose	48,3	39,2
Ouvrier ou employé	44,8	32,0
Titulaire d'un CAP ou d'un certificat d'études	39,5	27,4
Prévalence de l'usage de cannabis (au cours de la vie) : non	85,4	80,2

Source : OFDT 1999

Les écarts présentés ici entre la classe et l'ensemble sont tous significatifs au seuil 0,001.

sement interprétées au sein de cette classe, globalement caractérisée par son attitude assez hostile à l'égard des héroïnomanes. D'une part, les affirmations proposées s'inscrivent dans une logique de stigmatisation et prolongent donc les opinions précédentes sur la dangerosité et le manque de volonté : les héroïnomanes seraient des individus « à problèmes », des « malades », qui n'ont pas leur place dans la société et qui sont responsables de leur état (puisque'ils ont fait un choix). Il est donc compréhensible que la modalité « tout à fait d'accord » soit ici sur-représentée. Mais, d'autre part, ces affirmations peuvent aussi être interprétées différemment et associées à une volonté de ne pas stigmatiser les héroïnomanes, en les présentant comme des victimes (victimes de problèmes familiaux, victimes d'une société qui ne leur a pas laissé de place...), ou en banalisant leur attitude (qui serait un simple choix de vie). Les enquêtés comprenant ainsi ces questions et souhaitant stigmatiser les héroïnomanes opteraient au contraire pour la modalité « pas du tout d'accord ». Notre hypothèse interprétative implique que les membres de cette classe font preuve d'une certaine volonté discriminatoire à l'égard des héroïnomanes. Il faut toutefois préciser que cette volonté ne va pas jusqu'à les considérer comme des parasites (opinion introduite dans le questionnaire afin de détecter les positions les plus hostiles à l'égard des héroïnomanes) : près des deux tiers d'entre eux rejettent catégoriquement cette assertion (62,3 % se déclarent pas du tout d'accord, contre 40,8 % au total).

Cette hypothèse se trouve par ailleurs confortée lorsque l'on examine les jugements portés sur les politiques publiques. Notons d'abord que ces individus sont plus nombreux que la moyenne à juger que l'information auprès des jeunes est dangereuse. Ils jugent aussi plus souvent que, dans notre société, on aide les toxicomanes à s'en sortir (41,4 % sont tout à fait d'accord, contre 27,4 % dans l'ensemble) et considèrent davantage que la drogue est un problème qui peut être totalement éradiqué (ils sont presque deux fois plus nombreux à estimer que « l'on peut arriver à ce que personne ne se drogue »). En outre, près de la moitié jugent que l'obligation de soin pour les consommateurs de drogue interpellés par la police est une très bonne chose. Concernant les différentes mesures envisageables ou déjà effectives, ils se déclarent plus souvent contre la légalisation de l'usage du cannabis (77,7 % se disent pas du tout d'accord, contre 63,9 % dans l'ensemble), même sous conditions (60,2 % contre 48,7 %), contre l'autorisation de l'usage de l'héroïne, y compris sous contrôle médical et de même apparaissent plus souvent opposés à la vente des seringues sans ordonnance.

Ces individus semblent donc privilégier une politique coercitive et prohibitive. Ils ont également des appréciations contrastées sur l'interdiction du

cannabis et de l'héroïne : ils sont très partagés sur l'efficacité de cette interdiction pour l'héroïne, plus affirmatifs pour le cannabis, et choisissent plus souvent les deux modalités extrêmes sur la question de l'atteinte à la liberté de disposer de son corps. Ici encore, on peut penser qu'ils interprètent différemment l'assertion proposée : pour certains, nier que l'interdiction porte atteinte à la liberté serait une façon d'en affirmer la légitimité ; d'autres au contraire considéreraient qu'il y a effectivement atteinte à la liberté, tout en y étant favorables (dans le sens où il serait légitime de limiter la liberté d'une minorité lorsqu'elle est jugée dangereuse pour le reste du corps social).

Cette classe présente un profil sociodémographique peu marqué. On remarquera tout de même une moindre prévalence de l'usage de cannabis au cours de la vie, et surtout une sur-représentation des milieux populaires (avec de fortes proportions d'ouvriers, d'employés et de titulaires d'un CAP ou d'un certificat d'études). Ces individus ne sont ni plus vieux, ni plus jeunes que les autres (ils ont en moyenne 43 ans, contre 42 ans pour l'ensemble), mais citent un nombre de drogues un peu moins important (3,3 contre 3,7 en moyenne).

Classe 5 (13,0 %), discrimination contenue

	% dans la classe	% global
Ceux qui prennent de l'héroïne ...		
... sont des parasites : plutôt d'accord	97,8	13,4
... sont dangereux pour leur entourage	53,5	40,4
... manquent de volonté : plutôt d'accord	37,8	25,0
... cherchent à entraîner les jeunes : plutôt d'accord	44,8	33,3
Vente de seringues sans ordonnance : pas du tout favorable	35,0	24,0
Connaissance de la prescription de produits de substitution : non	42,7	31,5
Recevoir de l'héroïne sous contrôle médical : pas du tout d'accord	36,5	26,2
Autorisation de l'usage de cannabis sous conditions : pas du tout d'accord	59,0	48,7
Prescription de produits de substitution à l'héroïne : pas du tout ou plutôt pas favorable	27,7	16,4
Prévalence de l'usage de cannabis (au cours de la vie) : non	90,0	80,4
65 - 75 ans	21,0	13,0
Femme	61,4	51,0
Retraité	26,5	18,6

Source : OFDT 1999

Les écarts présentés ici entre la classe et l'ensemble sont tous significatifs au seuil 0,001.

Comme on l'a dit, l'assertion présentant les usagers d'héroïne comme des parasites visait à repérer les attitudes les plus hostiles, les plus discriminatoires. C'est justement cette assertion qui permet de caractériser les deux dernières classes. La **cinquième classe** regroupe un peu plus d'un enquêté sur dix et 97,8 % d'entre eux se déclarent plutôt d'accord avec cette assertion, contre seulement 13,4 % sur le total de l'échantillon. Ils sont également plus fréquemment plutôt d'accord pour considérer que les héroïnomanes sont dangereux pour leur entourage, manquent de volonté ou cherchent à entraîner les jeunes. Ce profil de réponses dénote une certaine tendance à la discrimination, tendance non pas modérée (cet adjectif qualifierait plutôt la classe précédente), mais plutôt contenue : tout en identifiant les héroïnomanes à des parasites, ce profil privilégie un item médian (« plutôt d'accord » au lieu de « tout à fait »).

Du point de vue des politiques publiques, cette tendance discriminatoire est associée à une hostilité à l'égard des mesures de libéralisation, quelles qu'elles soient : les membres de cette classe sont plus souvent opposés à la vente de seringues sans ordonnance, à l'autorisation de l'usage d'héroïne sous contrôle médical ou du cannabis sous conditions, ainsi qu'à la substitution (qu'ils sont aussi plus nombreux à ne pas connaître). Ils sont aussi 90,0 % à n'avoir jamais consommé de cannabis, et ne citent en moyenne que 3,1 drogues (contre 3,7 pour l'ensemble). Cette relative méconnaissance des drogues caractérise ici les femmes, les plus de 65 ans (avec un âge moyen à 45 ans, contre 42 ans pour l'ensemble) et les retraités.

Du point de vue des représentations associées aux héroïnomanes, les membres de la **sixième classe** (moins d'un enquêté sur dix) présentent le même profil que la classe précédente, en plus radical (puisqu'ils optent massivement pour la modalité « tout à fait d'accord »). Cette classe regroupe ainsi la quasi-totalité de ceux qui adhèrent sans réserve à l'opinion selon laquelle les usagers d'héroïne sont des parasites : ce jugement ne représente que 8,5 % des enquêtés, mais 97,5 % d'entre eux sont réunis dans la sixième classe. Au sein de celle-ci, une large majorité estime que les héroïnomanes sont dangereux pour leur entourage, essaient d'entraîner les jeunes et manquent de volonté. Dans cette classe, la toxicomanie est également plus souvent perçue comme un choix de vie (l'héroïnomanie étant donc considéré comme responsable de son sort).

Cette discrimination ouverte s'accompagne bien sûr d'une perception très coercitive de la politique publique : l'interdiction de consommer est jugée efficace deux fois plus souvent que dans l'ensemble de l'échantillon (pour l'héroïne, mais plus encore pour le cannabis) et, pour le cannabis, cette interdiction est bien

Classe 6 (8,1 %), discrimination ouverte

	% dans la classe	% global
Ceux qui prennent de l'héroïne ...		
... sont des parasites : tout à fait d'accord	97,9	8,5
... sont dangereux pour leur entourage : tout à fait d'accord	86,8	33,2
... cherchent à entraîner les jeunes : tout à fait d'accord	75,9	30,3
... manquent de volonté : tout à fait d'accord	69,4	30,2
Prendre de l'héroïne peut être un choix de vie : tout à fait d'accord	28,3	11,6
L'interdiction du cannabis empêche d'en consommer : tout à fait d'accord	47,8	22,5
On peut arriver à ce que personne ne se drogue : tout à fait d'accord	33,5	12,8
Vente de seringues sans ordonnance : pas du tout favorable	47,8	24,0
Recevoir de l'héroïne sous contrôle médical : pas du tout d'accord	49,0	26,2
Mise en vente libre du cannabis : pas du tout d'accord	86,3	63,9
L'interdiction de l'héroïne empêche d'en consommer : tout à fait d'accord	45,6	26,6
L'interdiction du cannabis est une atteinte à la liberté : tout à fait d'accord	28,2	13,1
L'information auprès des jeunes est-elle dangereuse ? oui, tout à fait	21,3	8,6
Prescription du cannabis (contre la douleur) : pas du tout d'accord	34,0	17,5
Obligation de soin pour les consommateurs interpellés : c'est une très mauvaise chose	11,9	3,5
S'est déjà vu proposer du cannabis : non	78,3	60,2
Prévalence de l'usage du cannabis (au cours de la vie) : non	92,4	80,2
Retraité	34,1	18,6
Sans diplôme ou titulaire d'un certificat d'études	42,4	20,6
50 - 75 ans	56,2	33,0

Source : OFDT 1999

Les écarts présentés ici entre la classe et l'ensemble sont tous significatifs au seuil 0,001.

conçue comme une atteinte à la liberté de disposer de son corps, atteinte dont on peut supposer qu'elle est jugée ici parfaitement légitime. Par ailleurs, ces individus estiment plus souvent que l'on peut arriver à ce que personne ne se drogue (33,5 % se disent tout à fait d'accord, contre 12,8 % pour l'ensemble) et que l'information auprès des jeunes est dangereuse (21,3 % répondent « tout à fait », contre 8,6 % pour l'ensemble). Ils sont aussi opposés à toutes les formes de libéralisation, y compris pour des raisons thérapeutiques, cette opposition incluant la vente de seringues sans ordonnance. On notera enfin que si seuls 3,5 % des enquêtés jugent que l'obligation de soin est une mauvaise chose, cette proportion monte à 11,9 % au sein de la sixième classe. Étant donné le profil de réponses de cette classe, on peut se demander si ce jugement ne traduit pas une attitude favorable à une répression sans soin, les toxicomanes étant considérés comme des délinquants responsables de leur situation (et non comme des malades).

Cette classe minoritaire aux positions extrêmes est la plus âgée : plus de la moitié de ses membres a plus de 50 ans (contre seulement un tiers pour l'ensemble de l'échantillon), avec un âge moyen de 50 ans. C'est aussi la moins diplômée (les sans diplôme et les titulaires d'un certificat d'études sont deux fois plus nombreux : 42,4 % contre 20,6 %). C'est enfin la moins proche des drogues : en termes de proposition reçue et de prévalence de la consommation de cannabis au cours de la vie, ou de nombre de drogues citées (2,5 en moyenne, contre 3,7 pour l'ensemble).

Cette classification suscite quelques remarques d'ordre général. D'abord, conformément à notre hypothèse initiale, les perceptions des usagers d'héroïne et les opinions sur les politiques publiques s'articulent de façon cohérente, font système. Globalement, plus la perception de ces usagers est stigmatisante, plus l'enquêté privilégie une politique répressive et coercitive. Ensuite, cette mise en système des perceptions des héroïnomanes incite à nuancer les résultats des tris croisés présentés précédemment, dans la mesure où l'interprétation d'une réponse donnée dépend des autres réponses, et n'est pas forcément univoque. Ainsi, par exemple, estimer que l'interdiction de l'usage du cannabis est une atteinte à la liberté n'est pas toujours révélateur d'une opinion favorable à la libéralisation, de même que présenter la consommation d'héroïne comme un choix de vie ne procède pas nécessairement d'une volonté de banalisation de cette consommation. Ajoutons que la question qui permet de caractériser sans ambiguïté les attitudes les plus discriminatoires à l'égard des usagers d'héroïne (classes 5 et 6) est celle qui les identifie à des parasites. Enfin, concernant les caractéristiques individuelles, si nos classes présentent souvent des profils contrastés pour l'âge, le niveau de diplôme et la proximité avec le

cannabis, elles s'avèrent en revanche assez homogènes du point de vue des autres variables envisagées : sexe, catégorie socioprofessionnelle, tendance politique, croyances religieuses et type de commune de résidence.

Perceptions des usagers d'héroïne et systèmes de valeurs

Essayons maintenant de resituer la typologie précédente dans une perspective axiologique plus large, en montrant comment les perceptions et les opinions relatives aux usagers d'héroïne et aux politiques publiques s'inscrivent dans le système de valeurs auquel les enquêtés adhèrent, et qu'ils défendent. Autrement dit, les perceptions des usagers d'héroïne résulteraient plus généralement de la manière dont les individus jugent la déviance sous toutes ses formes, et donc de la valeur qu'ils accordent à l'ordre social institué que transgresse cette déviance particulière. De même, l'opinion sur les politiques se fonderait sur une certaine façon de concevoir la vie en société, et en particulier la place et le rôle de la puissance publique, ainsi que la délimitation entre les sphères publique et privée.

De nombreuses études empiriques ont été réalisées afin de mettre en évidence des configurations d'opinions cohérentes, susceptibles d'être interprétées en termes de systèmes de valeurs. Malgré des différences de méthodes parfois très sensibles, les résultats obtenus s'avèrent relativement comparables, ce qui milite plutôt en faveur de ces études (cf. Peretti-Watel, 1999). Nous avons choisi ici de reprendre quelques-unes des questions du référentiel Agoramétrie (cf. Pagès *et al.*, 1991). Ce référentiel résulte d'une initiative privée, mais a déjà été exploité par des équipes de recherche du CNRS. L'idée est la suivante : les systèmes de valeurs des individus peuvent être saisis et reconstitués à partir des jugements qu'ils expriment sur des questions de société qui suscitent des conflits, des débats d'opinion. L'intégralité de la « théorie de l'opinion » présentée par Agoramétrie est en fait plus complexe que ce résumé lapidaire, et repose notamment sur une utilisation discutable de certaines théories énoncées par P. Bourdieu. Quoi qu'il en soit, il n'est pas nécessaire d'adhérer à cette théorie pour utiliser ce référentiel dans une perspective exploratoire. Ce référentiel, constitué d'un corpus de questions d'opinion régulièrement mis à jour, et reposant sur une utilisation systématique des méthodes de l'analyse factorielle, est surtout remarquable par la grande stabilité du « paysage axiologique » qu'il permet de brosser : depuis 1977, les grandes tendances qu'il a mises en évidence restent pertinentes.

Afin de ne pas alourdir considérablement le questionnaire, nous n'avons utilisé qu'une partie des questions de ce référentiel, en opérant une sélection raisonnée qui reprend les thèmes les plus déterminants dans la cons-

truction des premiers axes factoriels analysés par Agoramétrie. Pour chacune des douze affirmations retenues, les enquêtés se voyaient proposer les modalités « tout à fait d'accord », « plutôt d'accord », « plutôt pas d'accord » et « pas du tout d'accord ». Le tableau ci-dessous reprend ces affirmations, et regroupe les réponses pour les deux premières modalités (tout à fait et plutôt d'accord).

Questions du référentiel Agoramétrie

	D'accord
Les graffitis et les tags, c'est de l'art.	27,5 %
Dans une société, il faut une hiérarchie et des chefs.	88,7 %
On peut avoir confiance en la justice.	53,6 %
Les contrôles d'identité sont indispensables.	80,8 %
Les homosexuels sont des gens comme les autres.	80,7 %
La libéralisation de l'avortement est une bonne chose.	82,7 %
Il faut restreindre le droit de grève.	33,9 %
Il faut interdire la vente de tabac aux mineurs.	73,9 %
Il faut rétablir la peine de mort.	39,1 %
On ne se sent pas en sécurité de nos jours.	64,3 %
Ils nous prennent pour des abrutis à la télévision.	71 %

Source : OFDT 1999

À partir de ces questions, la démarche consiste à réaliser une Analyse en Composantes Principales (ACP) en considérant donc les réponses comme des variables quantitatives codées de 1 (pas d'accord du tout) à 4 (tout à fait d'accord)⁷². On se contentera ici d'interpréter rapidement les deux premiers axes factoriels générés par l'ACP, en se limitant aux variables dont la contribution est supérieure ou égale à la contribution moyenne (de l'ordre ici de 9 %). Le tableau ci-dessous indique pour les deux premiers axes

72. La robustesse des résultats a été testée en répétant la même analyse, mais avec des codages numériques différents : les résultats restent stables, surtout pour les premiers axes.

factoriels (qui à eux deux recueillent près d'un tiers de l'inertie totale, c'est-à-dire de l'information statistique portée par les variables actives) quelles sont les variables qui contribuent le plus à leur formation, avec le signe de leur coordonnée.

Principales contributions sur les axes 1 et 2 de l'ACP Agoramétrie

Axe 1 (20,5 % de l'inertie)		Axe 2 (11,3 % de l'inertie)	
Coordonnées positives			
Les homosexuels sont des gens comme les autres.	11,1 %	On ne se sent pas en sécurité de nos jours.	39,5 %
Coordonnées négatives			
Il faut restreindre le droit de grève.	10,2 %	On peut avoir confiance en la justice.	39,9 %
Il faut rétablir la peine de mort.	12,9 %		
Interdire la vente de tabac aux mineurs.	19,9 %		
Les contrôles d'identité sont indispensables.	18,8 %		

Source : OFDT 1999

Le premier axe correspond à un résultat classique des études empiriques portant sur les systèmes de valeurs⁷³. Cet axe s'interprète comme une opposition entre modernité et tradition (ou, dans le vocabulaire d'Agoramétrie, entre mouvement et stabilité). Les « modernes » se caractérisent par un certain individualisme, des opinions plus favorables à la libéralisation des mœurs (ici, considérer que les homosexuels sont des gens comme les autres), et un certain rejet des valeurs traditionnelles : maintien de l'ordre par des mesures coercitives limitant les libertés individuelles ou collectives (interdiction de la vente de tabac aux mineurs, restriction du droit de grève), opinions favorables à un contrôle social étroit (les contrôles d'identité sont indispensables), mais également à la peine de mort (forme ultime de la violence légitime dont l'État a le monopole, et qui traduit bien la primauté du corps social sur les individus qui le composent). À l'opposé, à droite de

73. Outre Agoramétrie, d'autres dispositifs de recherche corroborent ce résultat : une exploitation de la European Values Survey, enquête par sondage effectuée dans une douzaine de pays d'Europe au début des années 1990 (cf. Galland, Lemel, 1995) et une présentation de la sémiométrie, méthode achetée et exploitée par la SOFRES (cf. Steiner, Auliard, 1991).

ce premier axe, on retrouvera des individus qui adhèrent à ces valeurs traditionnelles, ainsi qu'à un certain conservatisme moral (en se déclarant en désaccord avec l'opinion selon laquelle les homosexuels seraient des gens comme les autres). La projection des préférences politiques et du sentiment religieux sur cet axe confirme cette interprétation : les « modernes » se déclarent plus souvent sans religion et de gauche, tandis que les « traditionalistes » se disent plus fréquemment pratiquants et se positionnent politiquement à droite.

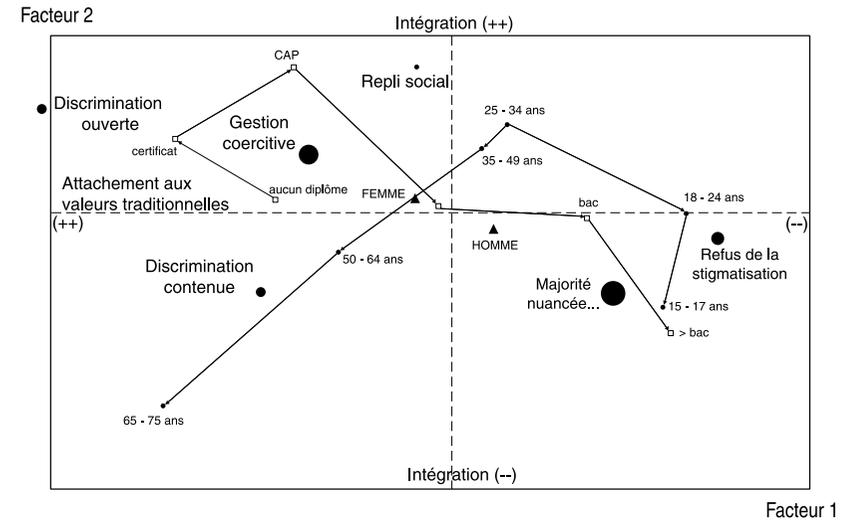
Selon les promoteurs du référentiel Agoramétrie, le second axe renvoie à une opposition entre dramatisation et compromis. Il peut également être interprété en termes d'intégration sociale⁷⁴ : il permet d'isoler des individus mal intégrés, insatisfaits, inquiets (d'accord avec l'opinion selon laquelle « on ne se sent pas en sécurité de nos jours »), qui n'ont plus confiance en les institutions (et en la justice en particulier). Ces individus sont plus souvent sans religion ou non pratiquants et ne parviennent pas à se situer politiquement.

Voyons comment se projettent quelques variables supplémentaires au sein de ce « paysage axiologique », constitué par le plan croisant les deux premiers axes factoriels : sexe, âge (en six catégories), niveau de diplôme ainsi bien sûr que la typologie précédemment présentée. C'est surtout le premier axe qui s'avère ici discriminant : l'axe tradition/modernité oppose dans cet ordre les femmes aux hommes, les enquêtés suivant qu'ils sont âgés de plus ou de moins de 50 ans, et suivant qu'ils ont un diplôme inférieur ou au moins du niveau du bac. Ces variables sont peu associées au deuxième axe : on notera tout au plus que les plus âgés se caractérisent par une plus faible intégration sociale. Nos six classes se projettent de façon significative sur le premier axe, à l'exception de la classe 2 (repli social, sans opinion). Du côté de l'attachement aux valeurs traditionnelles se projettent les types 4 (gestion coercitive d'une population dangereuse), 5 (discrimination contenue) et surtout 6 (discrimination ouverte). À l'opposé, les classes 1 (refus de la stigmatisation) et 3 (majorité nuancée) se projettent du côté des attitudes modernistes.

Il apparaît ainsi que les perceptions et les opinions relatives aux usagers d'héroïne et aux politiques publiques en matière de drogues et de toxicomanies ne sont pas indépendantes du système de valeurs de chacun.

74. Si on le rapproche des résultats de la European Survey.

Projection de la typologie dans l'espace Agoramétrie



Source : OFDT 1999

Elles s'y inscrivent de façon cohérente : les plus conservateurs, les plus attachés à l'ordre social et aux valeurs traditionnelles sont les plus hostiles à l'égard de ces usagers et les plus enclins à plébisciter une politique coercitive et répressive. Inversement, ceux qui mettent en question cet ordre et ces valeurs refusent davantage de stigmatiser les héroïnomanes, sont plus critiques à l'égard des interdictions d'usage, et sont plus favorables à une politique de libéralisation.

Sur le graphique factoriel ci-dessus, nous n'avons pas mentionné les indicateurs relatifs à l'expérimentation et à la proposition de cannabis. Ceux-ci se projettent, comme c'est prévisible, à droite du premier axe. Il est toutefois délicat de déterminer dans quelle mesure cette projection peut être interprétée en termes de faible attachement aux valeurs traditionnelles, se concrétisant par des consommations illicites, ou être simplement présentée comme un effet de structure (dans la mesure où les hommes, les plus diplômés et les plus jeunes, qui se projettent à droite de cet axe, sont aussi les catégories les plus proches du cannabis).

Les usagers d'héroïne vus comme des parasites : contrôle des effets de structure

La typologie précédemment commentée suggère que la variable la plus à même de caractériser les opinions sur les usagers d'héroïne est celle qui mesure le degré d'accord à l'affirmation « certains pensent que ceux qui prennent de l'héroïne sont des parasites ». En effet, les attitudes les plus discriminatoires à l'égard de ces usagers sont le fait des enquêtés qui se disent « plutôt » ou « tout à fait d'accord » avec cette affirmation. En regroupant ces deux réponses et en les opposant aux autres modalités, on obtient un indicateur dichotomique permettant de bien différencier les représentations relatives aux héroïnomanes. On se propose ici de construire un modèle explicatif (au sens statistique) de cet indicateur, en considérant l'influence de diverses variables : des caractéristiques sociodémographiques dont l'influence a été mise en évidence lors de la caractérisation de notre typologie (âge en six classes, niveau de diplôme et dans une moindre mesure sexe), la familiarité avec le cannabis (s'en être vu proposer, en avoir consommé au cours de sa vie ou au cours des douze derniers mois), et enfin des variables relatives aux valeurs des enquêtés : la préférence politique, le sentiment religieux et le degré d'attachement aux valeurs traditionnelles (ou le degré de conservatisme, mesuré pour chaque enquêté par sa coordonnée sur le premier axe factoriel de l'ACP réalisée à partir des questions du référentiel Agoramétrie). La régression logistique réalisée ici permet de faire disparaître les effets de structure (ou facteurs de confusion, dans le vocabulaire épidémiologique), en mesurant par exemple l'influence de l'âge tout en contrôlant la familiarité avec le cannabis.

Le modèle final a été construit en procédant à une sélection automatique des variables explicatives : celles-ci sont introduites au fur et à mesure, par ordre de significativité, et le modèle est clos lorsque plus aucune des variables candidates n'est significativement liée à la variable expliquée. Il n'est pas inutile de dire quelques mots sur les étapes de cette sélection. En l'occurrence, la variable la plus discriminante est ici la coordonnée sur le premier axe factoriel de l'ACP, c'est-à-dire le degré d'attachement aux valeurs traditionnelles. Dès que cette coordonnée est introduite dans le modèle, la préférence politique, le sentiment religieux, le sexe et le diplôme sont éliminés : autrement dit, lorsque cet attachement aux valeurs traditionnelles est contrôlé, la propension à désigner les usagers d'héroïne comme des parasites ne dépend plus d'aucune de ces quatre variables. Ce résultat était très prévisible pour la préférence politique et la religiosité, dont on sait qu'elles sont étroitement associées aux valeurs des individus.

La deuxième variable sélectionnée est l'âge (en six tranches). Une fois l'âge pris en compte, la prévalence de la consommation de cannabis au cours de l'année et le fait de s'être déjà vu proposer du cannabis cessent d'influencer l'opinion modélisée : ces deux variables ne jouaient donc qu'à travers l'âge (puisque la consommation de cannabis au cours de l'année et le fait de s'en être déjà vu proposer sont nettement plus fréquentes parmi les 18-24 ans). En revanche, suite à l'introduction de l'âge dans le modèle, la prévalence au cours de la vie reste significativement associée au jugement porté sur l'affirmation identifiant les usagers d'héroïne à des parasites. Ce dernier résultat suggère que l'expérimentation de cannabis au cours de la vie constitue un indice solide des attitudes et opinions à l'égard des drogues et de la toxicomanie, indice non réductible à un « effet âge ».

On retiendra surtout de cette procédure de sélection l'élimination du sexe et du diplôme. Pour le sexe, ce résultat rejoint plus généralement l'une des conclusions majeures de l'étude : les perceptions et les opinions relatives aux drogues et à la toxicomanie ne dépendent que très peu du sexe des enquêtés. Pour le diplôme, cette régression suggère que si le niveau scolaire influence les jugements portés sur les usagers d'héroïne et les politiques publiques, cette influence renvoie en fait à un contexte socioculturel particulier, caractérisé par des valeurs plus ou moins conservatrices, et non aux performances scolaires ou au niveau de connaissance des enquêtés.

Ainsi, une fois contrôlés les effets de structure liant les différentes variables explicatives candidates, le modèle final comprend le degré d'attachement aux valeurs traditionnelles, l'âge en six classes et la prévalence de la consommation de cannabis au cours de la vie. Le tableau ci-après permet de préciser ces résultats.

■ Plus l'attachement aux valeurs traditionnelles est fort, plus la probabilité de se déclarer plutôt ou tout à fait d'accord avec l'opinion selon laquelle les usagers d'héroïne sont des parasites est élevée. Dans notre échantillon, cette coordonnée sur le premier axe factoriel varie de - 3,9 à 3,7. Relativement à l'enquêté le moins attaché aux valeurs traditionnelles, l'*odds ratio* de l'enquêté le plus conservateur est très élevé (puisqu'il atteint 38)⁷⁵.

■ La relation entre cette opinion et l'âge n'est pas linéaire. Elle suivrait plutôt une courbe en U, caractéristique des effets de cycle de vie. D'un côté, les plus jeunes (15-17 ans) et les plus âgés (50-64 ans et 65-75 ans), qui ne se différencient que très peu les uns des autres (les *odds ratios* correspondants ne sont pas significativement différents de 1) ; de l'autre côté, les catégories intermédiaires (de 18 à 49 ans), très proches les unes des autres (avec des *odds ratios* valant entre 0,55 et 0,58). Ces âges intermédiaires se distinguent par une attitude moins discriminatoire à l'égard des usagers d'héroïne : globalement, relativement aux tranches d'âge extrêmes, les individus âgés de 18 à 49 ans ont deux fois moins de chances d'identifier ces usagers à des parasites, et cela toutes choses égales par ailleurs, c'est-à-dire en tenant compte de l'attachement aux valeurs traditionnelles, comme de l'expérimentation de cannabis au cours de la vie.

■ Enfin, toujours en tenant compte des autres variables explicatives, conservatisme et tranche d'âge, le fait d'avoir déjà expérimenté du cannabis au cours de sa vie induit plus souvent un désaccord à l'égard de l'opinion modélisée. Inversement, relativement à ces expérimentateurs, ceux qui n'ont jamais consommé de cannabis ont 50 % de chances en plus d'identifier les héroïnomanes à des parasites. Ajoutons que les effets des différentes variables explicatives peuvent se cumuler. Par exemple, relativement à un individu âgé de 65 à 75 ans et n'ayant jamais consommé de cannabis, un expérimentateur âgé de 18 à 25 ans a 2,6 fois moins de chance de se déclarer d'accord avec l'opinion modélisée⁷⁶.

Identifier les usagers d'héroïne à des parasites (modèle logistique)

	Odds ratio	IC* 95 %
Attachement aux valeurs traditionnelles :		
coordonnée sur l'axe 1 de l'ACP	1,61	[1,47 ; 1,76]
Âge en six classes :		
15 - 17 ans	1,04	[0,60 ; 1,81]
18 - 24 ans	0,58	[0,36 ; 0,93]
25 - 34 ans	0,58	[0,40 ; 0,86]
35 - 49 ans	0,55	[0,39 ; 0,78]
50 - 64 ans	0,86	[0,61 ; 1,22]
référence : 65 - 75 ans	1	
Prévalence de l'usage de cannabis au cours de la vie :		
oui	0,67	[0,46 ; 0,97]
référence : non	1	

Source : OFDT 1999

* Intervalle de confiance à 95 %

75. Entre ces deux individus extrêmes, le *odds ratio* vaut 1,61 élevé à la puissance [3,7-(-3,9)].

76. $0,58 * 0,67 = 0,39$ fois plus, donc $1/0,39 = 2,6$ fois moins.

Opinions sur les politiques publiques

Bref rappel sur le cadre légal et l'évolution de la politique publique de lutte contre les drogues⁷⁷

La loi du 31 décembre 1970 constitue le cadre légal en vigueur, réprimant l'usage et le trafic de stupéfiants, en distinguant clairement ces deux aspects. Depuis 1970, la répression du trafic a été renforcée à plusieurs reprises mais la répression de l'usage, malgré de nombreux débats, n'a jamais été modifiée, même si des évolutions ont pu voir le jour dans des circulaires. Les grands objectifs de cette loi sont la répression sévère du trafic, le principe de l'interdiction de l'usage des stupéfiants tout en proposant une alternative thérapeutique à la répression de l'usage, ainsi que la gratuité et l'anonymat des soins pour les usagers qui souhaitent se faire traiter. Le texte fait référence aux stupéfiants inscrits dans une liste déterminée par la commission des stupéfiants et psychotropes, en accord avec la réglementation internationale.

La loi de 1970 sanctionne l'usage, public ou privé, d'un an d'emprisonnement et/ou d'une amende. Selon un autre article de la loi, l'usager est également placé « sous la surveillance de l'autorité sanitaire », témoignant ainsi de son statut ambigu, à la fois délinquant et malade. L'usager peut éviter les poursuites en se faisant spontanément traiter. Il est alors protégé de la loi par l'anonymat. Il peut aussi échapper aux poursuites si le procureur décide de classer l'affaire ou de prononcer une injonction thérapeutique : quand un usager est interpellé, le procureur peut lui « enjoindre » de suivre une cure de sevrage ou de se mettre sous surveillance médicale. Cette injonction n'est pas susceptible d'exécution par la contrainte, et le Parquet se limite à informer de sa décision les autorités sanitaires qui doivent orienter l'usager vers le mode de prise en charge approprié. L'autorité sanitaire

77. Ce texte reprend les éléments développés dans la partie sur la politique publique de lutte contre les drogues de l'ouvrage *Drogues et toxicomanie : indicateurs et tendances* (Palle, Costes, 1999), ainsi que des éléments d'analyse de la loi de 1970 (Bernat de Celis, 1996).

doit contrôler le déroulement du traitement et prévenir le Parquet si l'usager ne s'est pas présenté ou s'il interrompt le traitement avant son terme.

La mise en œuvre de la loi de 1970 a soulevé des problèmes tant dans le domaine pénal - les questions portant sur la distinction entre usage simple, usage-revente et trafic, sur la notion d'usage et sur la coopération entre autorités judiciaires, sanitaires et sociales en matière d'injonction thérapeutique - que dans le domaine sanitaire, concernant les modalités pratiques de prise en charge des usagers de drogues. Il faut également noter que les recommandations nationales ne sont pas toujours suivies par tous les parquets.

En matière de traitement de la toxicomanie, depuis les années 1970, l'objectif s'est progressivement étoffé du simple sevrage et de l'abstinence, en passant par l'accompagnement thérapeutique, le développement du tissu associatif, jusqu'à la mise en place de la politique de **réduction des risques**. Cette politique fut initiée par Michèle Barzach, alors ministre de la Santé, qui, en 1987, décida de suspendre pour un an l'obligation de présentation d'une pièce d'identité pour l'achat de seringues, malgré une opposition farouche, et cela pour enrayer la propagation du sida. Cette obligation, fortement dissuasive pour les usagers de drogues, conduisait au partage des seringues. Elles ont été définitivement accessibles en vente libre aux majeurs en 1989.

Au cours des années 1990, l'idée de réduction des risques s'est diffusée en France pour lutter également contre les maladies virales et infectieuses telles que les hépatites. Elle revient à accorder une aide sanitaire aux usagers, même s'ils ne souhaitent pas ou ne peuvent pas arrêter leur consommation. Ainsi a vu le jour le réseau ville-hôpital-toxicomanie, et se sont développés des programmes d'accueil à bas seuil (structures proposant du matériel propre, un lieu de repos et des conseils adaptés).

Un des éléments les plus récents de la réduction des risques est la **substitution**. Elle consiste à remplacer, dans un cadre thérapeutique global, le produit illicite causant la dépendance (notamment l'héroïne) par des médicaments (méthadone, Subutex®) qui suppriment l'effet de manque qui intervient lors d'un sevrage. Les objectifs de cette prescription sont de favoriser un suivi médicalisé, une stabilisation de la consommation de drogues illicites, la diminution de l'injection (source de transmissions virales et infectieuses) et l'insertion sociale, l'objectif ultime étant d'envisager une vie sans dépendance. Des controverses existent autour de cette notion, certains estimant que le remplacement d'une dépendance par une autre ne règle pas le problème. D'autres pays poussent encore plus loin le concept de

réduction des risques en développant des programmes de distribution contrôlée d'héroïne (Suisse, Pays-Bas, Angleterre) aux héroïnomanes qui ont échoué à plusieurs reprises dans les programmes de substitution. À un autre niveau, la question de l'usage du cannabis dans le traitement de la douleur pour certains grands malades se pose également dans le débat public.

Sans rentrer dans les détails du débat sur la dépénalisation de l'usage, rappelons-en les alternatives :

- prohibition : interdire toute forme d'usage ;
- dépénalisation : supprimer les peines de prison et/ou les amendes pour consommation (usage simple et privé);
- légalisation de la consommation : autoriser la vente et l'usage comme pour l'alcool et le tabac (contrôle étatique);
- libéralisation : lever les contraintes légales sur la consommation.

En matière de prévention, la politique initialement orientée sur les produits a progressivement évolué vers une approche en termes de comportements d'usage. Dès le début des années 1980, l'Éducation Nationale a adopté une politique de prévention de l'ensemble des conduites à risques et des comportements traduisant un mal-être. Le rapport Parquet (cf. Parquet, 1997) a plus récemment systématisé et prolongé cette approche de la prévention basée sur la distinction entre différents comportements de consommation : usage, usage nocif et dépendance.

Les orientations récentes de la MILDT

La MILDT, placée sous l'autorité du Premier ministre, est chargée de coordonner l'action publique au niveau central, de préparer les délibérations du Conseil interministériel de lutte contre la toxicomanie et de veiller à leur exécution. Au niveau local, le préfet et un chef de projet départemental sont chargés de l'application de la politique gouvernementale. Les orientations récentes de la MILDT consistent principalement à élargir son champ d'action à la lutte contre l'abus des produits licites, tels que l'alcool, le tabac et les médicaments psychotropes, à améliorer le dispositif de coordination local de lutte contre la toxicomanie et l'évaluation des actions qu'elle conduit ou soutient. La MILDT dresse également le constat des faiblesses du dispositif français de lutte contre la drogue. Parmi les principaux efforts proposés figurent :

■ La communication publique, insuffisante, qui laisse la place à de nombreux messages, d'origines diverses, dispersés et souvent contradictoires. Il s'agit en fait d'augmenter le niveau de connaissance des Français sur la question des drogues, et d'accroître leur capacité à apporter des réponses adaptées aux différents comportements d'usage et d'abus, sans avoir systématiquement recours à des spécialistes.

■ L'amélioration de la prévention a souvent manqué de coordination. La MILDT propose de définir une démarche de prévention qui concerne tous les comportements face aux substances psychoactives, quel que soit leur statut juridique, d'élaborer un guide-référence pour les administrations et les acteurs de terrain et de conduire des actions visant à la réduction des risques (en s'appuyant notamment sur les associations d'autosupport pour élaborer des messages efficaces).

■ Dans le domaine pénal, la priorité reste la lutte contre le trafic, en particulier le trafic local, l'incarcération des usagers simples devant être évitée et une orientation sanitaire et sociale devant pouvoir être proposée à tous les stades de la procédure.

Opinions sur l'efficacité et la légitimité de la répression de l'usage

Etat de l'opinion en 1999 : acceptabilité des différentes mesures

L'enquête OFDT 1999 s'est penchée tout particulièrement sur la législation relative à l'usage. En effet, les études antérieures avaient montré combien les mesures répressives à l'égard des revendeurs et des trafiquants faisaient l'unanimité dans l'opinion⁷⁸. Par exemple, dans l'enquête CFES - IFOP 1996 auprès des 15-50 ans, parmi les solutions jugées les plus efficaces pour lutter contre la toxicomanie, 82 % des personnes interrogées ont cité le renforcement des actions policières contre les vendeurs. L'obligation de soin y apparaissait également comme une solution efficace (73 %), de même que la substitution à l'héroïne (69 %), mais le renforcement des actions policières contre les usagers suscitait des opinions plus partagées (50 %).

L'enquête *Le Quotidien du médecin - IFOP* a repris en 1997 certains de ces items, en demandant cette fois-ci aux personnes interrogées (les 15 ans et plus) de s'y déclarer « favorable » ou « opposé » : 94 % se sont dits favorables à la répression du trafic.

Dans l'enquête *Santé magazine - IFOP 1998* (toujours sur les 15 ans et plus), le renforcement des actions policières contre les vendeurs est jugé efficace par 86 % des personnes interrogées, achevant ainsi de souligner le large consensus qui se dessine autour de la répression du trafic.

Les Eurobaromètres 1992 et 1995 abordent quant à eux cette question sous un angle légèrement différent (encore auprès des 15 ans et plus), en demandant aux enquêtés de choisir la meilleure mesure à prendre parmi une liste fermée (cf. tableau page suivante).

On peut noter, malgré les deux modalités supplémentaires proposées en 1995, une grande stabilité des réponses entre les deux années (plébiscitant la réduction de l'offre par l'intermédiaire de la répression du trafic), qui conforte les résultats des autres enquêtes. L'enquête OFDT 1999 a donc été centrée sur les politiques relatives à l'usage et non à la revente ou au trafic, en distinguant en particulier le cannabis de l'héroïne.

78. L'intérêt de reposer ces questions aurait principalement été d'isoler des individus très atypiques, mais leur faible nombre escompté ne légitimait pas le coût de plusieurs questions supplémentaires.

Eurobaromètres 1992 et 1995

« Quelle est, à vos yeux, la première priorité pour éliminer le problème de la drogue ? »	1992	1995
Réprimer les trafiquants	59 %	57 %
Résoudre les problèmes économiques et sociaux comme le chômage	16 %	16 %
Informers sur les problèmes de la drogue	8 %	11 %
Promouvoir et enseigner l'hygiène de vie et la santé	8 %	3 %
Prendre de nouvelles mesures législatives, réprimant plus la consommation	-	4 %
Prendre de nouvelles mesures législatives, réprimant moins la consommation	-	4 %
Améliorer le traitement des drogués	3 %	4 %
Intensifier la recherche scientifique	2 %	1 %

Source : Eurobaromètres 1992 et 1995

Opinions sur l'efficacité et la légitimité de l'interdiction

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Sous-total d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Sous-total pas d'accord	NSP
L'interdiction de la consommation du cannabis contribue à empêcher les gens d'en consommer	22,5	24,1	46,6	24	27,9	51,9	1,6
L'interdiction de la consommation de l'héroïne contribue à empêcher les gens d'en consommer	26,6	23,9	50,5	23,1	24,6	47,7	1,8
L'interdiction de la consommation du cannabis est une atteinte au droit de disposer de son corps	13,1	20,1	33,2	25,7	39,5	65,1	1,7
L'interdiction de la consommation de l'héroïne est une atteinte au droit de disposer de son corps	11,6	14,4	26,0	26,8	44,6	71,5	2,6

Source : OFDT 1999

Cette série de questions permet de mesurer le jugement porté sur la législation française actuelle puisqu'elle évoque l'efficacité et la légitimité de la loi et propose des mesures alternatives. Indirectement, elle juge aussi la loi sur la validité de l'absence de distinction entre les drogues illicites, en l'occurrence ici le cannabis et l'héroïne. On remarque ainsi que l'efficacité de l'interdiction de l'usage recueille des avis partagés, pour l'héroïne comme pour le cannabis, sachant que le niveau d'accord est légèrement plus fort pour l'héroïne : 50,5 % des enquêtés jugent cette interdiction efficace pour l'héroïne, 46,6 % pour le cannabis.

L'idée selon laquelle l'interdiction de l'usage constitue une atteinte aux droits fondamentaux de la personne est en revanche beaucoup moins partagée, puisqu'elle ne concerne qu'un tiers des Français pour le cannabis et un quart pour l'héroïne. La majorité des Français juge donc que l'interdiction de la consommation est légitime, et cette majorité est significativement plus élevée pour l'héroïne que pour le cannabis, la distinction entre les substances apparaissant alors plus nettement (71,5 % vs 65,1 %). Néanmoins, les réponses à ces questions doivent être lues avec prudence car il semble que, pour une partie des répondants, le fait que l'interdiction soit une atteinte aux libertés serait plutôt un motif de satisfaction. En effet, pour le cannabis, 17,5 % des individus qui sont tout à fait d'accord avec cette assertion se déclarent aussi tout à fait d'accord avec l'idée que les toxicomanes sont des parasites (contre seulement 8,4 % pour l'ensemble de l'échantillon) et 41,3 % d'entre eux sont tout à fait hostiles à une réglementation de l'usage du cannabis. Il semblerait donc que les individus estimant que l'interdiction de l'usage constitue une atteinte aux libertés se partagent en deux groupes, les uns opposés à l'idée d'interdiction - dans un profil de tolérance à l'égard de l'usage du cannabis - et les autres tout à fait d'accord avec l'interdiction⁷⁹.

Parmi les mesures alternatives, étaient proposées la réglementation (sous les termes d'une autorisation sous conditions) du cannabis et de l'héroïne et la vente libre (terme précisé par la proposition « comme le tabac ou l'alcool », dans un souci de précision et d'univocité). C'est dans ce contexte que les personnes interrogées distinguent le plus nettement le cannabis de l'héroïne. Presque la moitié des individus rejette catégoriquement

79. Il est possible que ce second groupe soit également constitué d'individus ayant mal compris la question, interprétée dans un sens « il faut priver de liberté par le moyen de l'interdiction ». L'enquête sur l'opinion de la population suisse à l'égard des drogues relève que 14 % des individus interrogés se disent favorables à la fois à deux concepts opposés, la tolérance et la restriction, prouvant ainsi qu'il est délicat pour certains répondants de se situer sur des questions complexes.

Opinions sur la législation à adopter (% en ligne)

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Sous-total d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Sous-total pas d'accord	NSP
Autoriser la consommation du cannabis en maintenant l'interdiction d'en certains cas *	14,8	19,2	34,1	16,4	48,7	65,1	0,8
Autoriser la consommation de l'héroïne en maintenant l'interdiction dans certains cas *	4,8	6,8	11,6	14,2	73,4	87,6	0,8
Le cannabis pourrait être mis en vente libre comme le tabac ou l'alcool	5,8	11,3	17,1	18,6	63,9	82,5	0,4

Source : OFDT 1999

* aux mineurs, avant de conduire.

Opinions sur la législation à adopter (% globaux)

	Autoriser la consommation de l'héroïne sous condition					
	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	NSP	Total (ligne)
Autoriser la consommation du cannabis sous condition						
Tout à fait d'accord	3,6	1,4	2,1	7,6	0,2	14,9
Plutôt d'accord	0,6	4,1	3,2	11,0	0,3	19,3
Plutôt pas d'accord	0,0	0,4	7,6	8,3	0	16,4
Pas du tout d'accord	0,4	0,8	1,1	46,2	0,1	48,6
NSP	0,1	0	0,2	0,2	0,2	0,7
Total (colonne)	4,7	6,9	14,2	73,3	0,8	100

Source : OFDT 1999

l'idée d'une réglementation du cannabis lorsque ce sont les trois quarts pour l'héroïne. Environ un tiers est favorable à l'autorisation sous conditions de l'usage du cannabis, ce qui n'est le cas que de 11,6 % des enquêtés lorsqu'il s'agit de l'héroïne. Le croisement de ces deux questions permet de mieux observer cette distinction opérée par l'opinion publique.

On voit (sur la diagonale du tableau) que 61,5 % des individus portent le même avis sur les deux substances, mais que seuls 3,3 % seraient relativement plus favorables à la réglementation de l'héroïne qu'à celle du cannabis. Parmi ceux-ci, deux profils sont possibles : les individus qui ne connaissent pas ces produits, ou qui les connaissent et jugent le cannabis plus « dangereux » que l'héroïne, et ceux qui considèrent que l'usage d'héroïne ne concernerait que des personnes pour lesquelles l'interdit n'aurait pas d'effet, alors que, dans le cas du cannabis, il serait susceptible de freiner l'accessibilité grandissante de ce produit. Un tiers (33,6 %) se montre relativement plus favorable à une autorisation sous conditions de l'usage du cannabis, ce qui constitue les neuf dixièmes des enquêtés qui font une distinction entre les deux substances envisagées ici.

Ces résultats concordent avec ceux d'enquêtes précédentes puisque déjà en 1993 et en 1997 environ un tiers des répondants se déclaraient plutôt favorables à une telle distinction. En 1993, lors de l'enquête *Globe Hebdo - IFOP*⁸⁰, à la question « Dans la lutte contre la drogue, diriez-vous qu'il faut faire une différence entre les drogues douces (comme par exemple le haschisch et le cannabis) et les drogues dures (comme l'héroïne ou la cocaïne) ou bien qu'il ne faut pas faire de différences ? », 33 % des enquêtés se déclaraient favorables à ce qu'une différence soit faite. En 1997, selon l'enquête *Le Quotidien du médecin - IFOP*⁸¹, 36 % des personnes interrogées estimaient que « Pour lutter contre la drogue il faut faire une différence entre les drogues douces et les drogues dures car ce sont des drogues de nature radicalement différente. » Évidemment ces deux questions donnent juste un ordre de grandeur, dans la mesure où elles sont posées en des termes très distincts (celle de 1997 posant deux questions en une), à des populations d'âges différents de l'enquête OFDT 1999.

En 1999, la question de la **légalisation du cannabis** rencontre une opposition très forte puisque près des deux tiers des enquêtés y sont farouchement opposés (pas du tout d'accord), tandis que seuls 17,1 %

80. Enquête par téléphone, échantillon de 1 005 individus âgés de 15 ans et plus, déterminé par la méthode des quotas.

81. Il s'agit là aussi d'une enquête par téléphone et par quotas, auprès d'un millier de 15 ans et plus.

s'y déclarent favorables. Cette proportion est nettement plus faible que celles observées dans d'autres enquêtes menées dans les années 1990 auprès des 18-75 ans, lorsque la question de la mise en vente libre des « drogues douces » était évoquée. On peut ici avec certitude évoquer l'influence de la formulation de la question, puisque le terme « drogues douces » est extrêmement incitatif et équivoque (rien ne dit qu'avec une telle expression certains enquêtés ne comprennent pas le tabac et d'autres l'ecstasy, par exemple, sous ce terme générique).

« Il faut mettre les drogues douces en vente libre »

	Favorable	Défavorable	NSP
Baromètre santé 1992	10 %	88 %	2 %
Baromètre santé 1993 / 1994	22 %	75 %	3 %
Baromètre santé 1995	28 %	67 %	5 %
Démoscopie 1995	27 %	72 %	1 %

Source : CFES

Globalement, on avait détecté au cours des années 1990 une tendance à accepter de plus en plus souvent l'idée de mise en vente libre du cannabis, même si celle-ci reste minoritaire en regard de l'opinion qui la considère comme une incitation à la consommation. Du fait de la différence de formulation, les résultats de 1999 ne sont de nature ni à remettre en cause cette tendance, ni à la confirmer. De plus, une question identique avait été posée en 1996 lors d'une enquête CFES - IFOP. En ramenant les résultats de 1999 à la même tranche d'âge que celle interrogée en 1996, à savoir les 15-50 ans, on trouve des valeurs très proches, la tendance à la hausse n'étant pas significative : en 1996, 19 % des enquêtés se déclaraient favorables à la mise en vente libre du cannabis (20,5 % en 1999), 80 % s'y disaient défavorables (79,2 % en 1999) et 1 % ne se prononçait pas (0,2 % en 1999).

En 1999, en croisant la question de la mise en vente libre du cannabis avec les autres propositions concernant cette substance, on constate que plus de la moitié (56,9 %) des individus favorables à l'autorisation sous condition ne le sont pas à la légalisation, **faisant de la réglementation la revendication majoritaire des partisans d'une révision de la loi**. Seuls 3,7 % de ceux qui sont favorables à la légalisation ne le sont pas

à la réglementation. Il peut s'agir de réponses incohérentes mais aussi de l'expression d'une certaine idéologie libertaire, puisque la réglementation s'appuie sur le maintien de l'interdit dans certaines conditions.

Facteurs associés à ces opinions

Les facteurs systématiquement envisagés sont les suivants : sexe, âge, niveau scolaire, niveau d'information sur les drogues (tel que l'enquêté le perçoit pour lui-même) et familiarité avec le cannabis (en avoir déjà consommé, s'en être vu proposer sans en avoir consommé, ou ni l'un ni l'autre).

Concernant l'efficacité de l'interdiction du cannabis, ni le sexe, ni le rapport à la religion, ni le fait d'avoir des enfants de moins de 18 ans ne sont associés à des variations d'opinion significatives. Les 15-17 ans jugent un peu plus fréquemment cette interdiction efficace (54,6 % contre 46,6 % pour l'ensemble), ainsi que les sans diplôme (56,9 %), ceux qui s'estiment mal informés (49,3 %) et ceux qui se situent politiquement au centre (51,7 %, contre 43,4 % pour ceux qui refusent de se situer sur l'échelle gauche droite). Au contraire, les enquêtés qui ont déjà consommé une drogue au cours de leur vie sont plus critiques à l'égard de cette interdiction : seuls 33,2 % des consommateurs de cannabis et 30,1 % des consommateurs d'une autre substance sont d'accord pour estimer qu'elle contribue à empêcher les gens d'en consommer. Au sujet de l'efficacité de l'interdiction de l'héroïne, le sexe est cette fois discriminant (54,4 % des hommes se disent d'accord, contre 46,7 % des femmes), ainsi que, dans une certaine mesure, le diplôme : les plus diplômés (bac et supérieur) mais aussi les sans-diplôme se déclarent plus souvent d'accord que les individus ayant un niveau scolaire intermédiaire. Les premiers ne portent donc pas le même jugement sur l'efficacité de l'interdiction selon le produit, tandis que les seconds estiment plus fréquemment que l'interdiction est efficace, quel que soit le produit.

Pour les questions présentant l'interdiction comme une atteinte au droit de disposer de son corps, on retrouve un certain nombre de relations significatives, davantage pour le cannabis que pour l'héroïne. En particulier, pour le cannabis, les accords sont plus fréquents parmi les 15-24 ans, comme parmi ceux qui ont déjà consommé une drogue (45,8 % pour ceux qui ont déjà pris du cannabis, 45,2 % pour ceux qui ont déjà pris une autre drogue, contre 33,2 % pour l'ensemble), qui se déclarent sans religion (37,7 %) ou qui n'ont pas d'enfant (35,5 %). Évidemment, ces relations sont certainement partiellement redondantes, car elles font intervenir un effet de structure lié à l'âge. De façon générale, il apparaît nettement que si les questions relatives à l'interdiction de l'usage du cannabis suscitent des

clivages relativement marqués, celles portant sur l'héroïne se situent dans une perspective beaucoup plus consensuelle. Pour les questions relatives à une éventuelle modification de la législation sur l'usage du cannabis, les réponses s'avèrent davantage contrastées.

Opinions sur la législation relative à l'usage du cannabis (% en ligne)

	Vente libre	Réglementation	Prohibition	NSP
Homme	23,0	18,0	57,8	1,1
Femme	11,3	20,6	66,9	1,3
15 - 17 ans	29,6	22,2	47,2	0,9
18 - 24 ans	24,4	26,0	49,6	0,0
25 - 34 ans	23,5	19,5	56,5	0,5
35 - 49 ans	15,3	18,3	65,4	1,0
50 - 64 ans	10,2	18,0	70,6	1,2
65 - 75 ans	9,2	15,8	70,8	4,2
Aucun, NSP	12,9	21,8	63,4	2,0
Certificat d'études	8,6	22,9	67,1	1,4
CAP	12,1	20,1	67,2	0,6
BEP + BEPC	21,0	18,2	60,1	0,8
Bac	19,0	16,4	63,7	0,8
Supérieur	21,1	19,1	58,1	1,8
Mal informé	12,0	18,6	67,9	1,4
Bien informé	20,7	19,8	58,4	1,0
Usage de cannabis (vie)	45,2	23,5	31,1	0,3
Proposition cannabis (vie)	14,1	19,8	65,3	0,7
Aucun contact cannabis	8,9	17,8	71,6	1,7

Source : OFDT 1999

Pour tous les croisements de variables qui figurent dans ce tableau, les résultats sont statistiquement significatifs à un seuil inférieur à 0,1 %⁸². À partir des deux questions posées, une variable à trois modalités a été créée : favorable à la vente libre⁸³, favorable à la réglementation mais non à la vente libre, favorable au maintien de la prohibition. Les hommes se disent deux fois plus souvent que les femmes favorables à la vente libre (23,0 % contre 11,3 %) et la proportion d'avis favorables chute assez régulièrement avec l'âge : la vente libre recueille 29,6 % des suffrages des 15-17 ans, contre seulement 9,2 % pour les 65-75 ans. Notons que les plus diplômés sont aussi plus souvent favorables à la mise en vente libre, mais que cette relation n'est pas graduelle : on observe plutôt un effet de seuil, opposant les enquêtés suivant qu'ils ont un diplôme inférieur, ou au contraire supérieur ou égal au BEP ou au BEPC.

Parmi les autres relations statistiques mises en évidence dans le tableau ci-contre, il convient enfin de remarquer que le fait d'avoir déjà consommé du cannabis s'avère une fois encore très discriminant : près de la moitié des enquêtés dont c'est le cas se déclarent favorables à la mise en vente libre (45,2 %). Le simple fait de s'être déjà vu proposer du cannabis est également discriminant, puisque 14,1 % de ceux à qui on en a déjà proposé sont favorables à la mise en vente libre, contre seulement 8,9 % de ceux qui n'ont pas reçu une telle proposition. Evidemment, ce n'est pas le simple fait de s'être vu proposer une substance illicite qui modifie l'opinion d'un individu : ce qu'illustrent ces dernières relations statistiques, c'est plutôt le fait que les propositions ne se font pas au hasard, mais sûrement dans des contextes bien précis, qui réunissent des individus qui sont par leurs caractéristiques sociodémographiques comme par leurs fréquentations proches des consommateurs.

Opinions sur le dispositif actuel de gestion des usages à problèmes, la perspective du sevrage et les mesures de réduction des risques

État de l'opinion en 1999, mise en perspective par rapport aux enquêtes précédentes

Le dispositif actuel était abordé à la fois sous l'angle d'une gestion coercitive de la toxicomanie (obligation de soin, perspective d'un monde sans drogue) et de la réduction des risques (substitution, vente libre des seringues, dis-

82. Test d'indépendance avec le χ^2 de Pearson.

83. Les 15 individus favorables à la vente libre sans l'être à la réglementation ont été regroupés avec ceux qui sont favorables à ces deux propositions.

Opinions sur le dispositif actuel concernant les usagers à problèmes (% en ligne)

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Sous-total d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Sous-total pas d'accord	NSP
L'obligation de soins pour les consommateurs de drogues interpellés est-elle une bonne chose ?	39,2	51,9	91,1	4,8	3,5	8,3	0,6
On peut arriver à ce que personne ne se drogue	12,8	13,7	26,5	31,5	41,1	72,6	1,0
Depuis quelques années, les médecins sont autorisés à prescrire des produits de substitution ⁸⁴ pour remplacer l'effet de l'héroïne. Y êtes-vous favorable ?	44,1	36,7	80,8	7,1	9,4	16,5	2,8
Depuis quelques années, les pharmaciens sont autorisés à vendre des seringues sans ordonnance. Y êtes-vous favorable ?	45,1	17,9	63,0	12,2	24,0	36,2	0,8
Il faudrait permettre aux usagers très dépendants et marginalisés de recevoir de l'héroïne sous contrôle médical	19,7	33,2	52,9	19,2	26,2	45,4	1,7
Il faudrait permettre à certains grands malades de recevoir du cannabis sur prescription pour soulager leurs douleurs	34,6	32,8	67,4	13,0	17,5	30,5	2,1
Dans notre société, on tente d'aider les consommateurs de drogues dépendants à s'en sortir	27,4	38,3	65,7	23,6	8,7	32,3	2,1

Source : OFDT 1999

84. Les termes méthadone et Subutex[®] étaient indiqués aux enquêteurs mais n'étaient cités qu'en cas de mauvaise compréhension de la question par l'enquêté.

tribution contrôlée d'héroïne). La question de la délivrance de cannabis à certains grands malades est complémentaire dans le sens où elle renvoie au contexte d'usage. En écartant la notion hédoniste liée au produit pour le resituer dans un contexte thérapeutique, elle permet de mesurer l'éventuelle « diabolisation » du produit plus que des motifs de consommation.

Sur l'ensemble de l'échantillon, l'opinion sur l'obligation de soins dans le cadre d'une interpellation apparaît particulièrement acceptée (39,2 % estimant que c'est une très bonne chose et plus de la moitié que c'est plutôt une bonne chose). A peine un enquêté sur dix y apparaît défavorable. Sur l'hypothèse d'un monde sans drogue, seul un quart des Français adhère, le plus grand nombre (41,1 %) se déclarant pas du tout d'accord avec cette assertion. Parallèlement, les enquêtés sont majoritairement favorables à l'idée de limiter les risques encourus par les usagers : le recours aux produits de substitution, présentés comme prescrits par des médecins et remplaçant l'effet de l'héroïne, est jugé favorablement par 80,8 % des Français. La vente de seringue sans ordonnance rencontre un niveau d'acceptation inférieur à celui de la substitution, même s'il reste élevé (63,0 % de favorables). La distribution contrôlée d'héroïne est, quant à elle, une mesure moins bien acceptée que les précédentes, mais une majorité y est néanmoins favorable (52,9 %).

Environ les deux tiers (65,7 %) de l'échantillon reconnaissent que la société aide les usagers à problèmes à s'en sortir et un pourcentage similaire (67,4 %) accepte l'idée d'un usage thérapeutique du cannabis.

Si l'on met en perspective ces résultats avec ceux d'enquêtes plus anciennes, on constate qu'en 1997, 39 % des individus âgés de 15 ans et plus étaient favorables à la délivrance d'héroïne aux « grands drogués⁸⁵ » sous contrôle médical. En 1999, cette proportion atteint 52,9 % des 15-75 ans, l'expression « grands drogués » ayant été remplacée par « consommateurs d'héroïne très dépendants et marginalisés ». Si cette différence de formulation et de tranche d'âge (les plus de 65 ans étant moins favorables) empêche de conclure de façon formelle, l'important écart suggère toutefois une augmentation des avis favorables à cette mesure.

Toujours entre ces deux enquêtes, cette tendance se retrouve pour l'usage thérapeutique du cannabis (55 % de favorables en 1997 contre 68 % en 1999) et l'obligation de soins (88 % de favorables en 1997 contre 91 % en 1999). En ce qui concerne la substitution, la question suivante était posée

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

L'obligation de soins pour les usagers interpellés est-elle une bonne chose ? (% en ligne)

	d'accord	Pas d'accord	NSP
Homme (ns)	90,3	9,1	0,6
Femme	91,8	7,5	0,7
15 - 17 ans (ns)	89,8	10,2	0,0
18 - 24 ans	91,2	8,0	0,8
25 - 34 ans	91,4	8,6	0,0
35 - 49 ans	91,7	7,8	0,5
50 - 64 ans	92,5	6,7	0,7
65 - 75 ans	87,0	11,1	1,9
Aucun, NSP*	86,6	12,9	0,5
Certificat d'études	88,8	11,0	1,0
CAP	90,5	9,2	0,3
BEP + BEPC	90,7	8,3	1,0
Bac	94,1	5,9	0,0
Supérieur	92,8	6,2	1,0
Mal informé (ns)	91,2	8,2	0,6
Bien informé	90,9	8,4	0,7
Usage de cannabis (vie)*	87,0	11,7	1,3
Proposition cannabis (vie)	93,7	6,9	0,0
Aucun contact cannabis	91,8	7,6	0,7

Source : OFDT 1999

ns,* : respectivement non significatif et significatif au seuil 0,05.

en 1997 : « Êtes-vous plutôt favorable ou plutôt opposé au développement des prescriptions médicales de produits de substitution à l'héroïne pour les toxicomanes, comme la méthadone ? », 72 % des 15 ans et plus s'y déclarant favorables. En 1999, 81 % des 15-75 ans sont favorables à ce que les médecins soient autorisés à prescrire des produits de substitution (méthadone, Subutex®) pour remplacer l'effet de l'héroïne.

En 1996, des questions proches avaient été posées⁸⁶ aux 15-50 ans, mais elles étaient posées en termes d'efficacité. La tendance, pour peu qu'on puisse considérer une certaine similitude entre le fait de juger efficace une mesure et celui d'y être favorable, montrait déjà une hausse sur l'ensemble de ces propositions (cf. Beck, 1998). Dans l'ensemble, les actions liées à la politique de réduction des risques semblent de mieux en mieux acceptées par les Français depuis le début des années 1990.

Facteurs associés à ces opinions

Si les individus défavorables à l'obligation de soins ne dégagent pas un profil particulier en termes de sexe ou d'âge (ni d'ailleurs d'opinion politique), ils ont un niveau de diplôme moins élevé que la moyenne. Ils sont plus nettement sur-représentés parmi ceux qui sont tout à fait d'accord avec l'idée que les toxicomanes sont des parasites (18,2 %) ou celle selon laquelle l'information des jeunes est dangereuse (14,4 %). À l'inverse, ces individus défavorables à l'obligation de soins n'ont pas un avis significativement différent des autres sur le fait que les usagers d'héroïne soient des malades. On peut également noter que les personnes ayant déjà consommé du cannabis sont significativement moins favorables à l'idée d'obligation de soin (87 % vs 92 %).

Néanmoins, il faut souligner certaines réticences à répondre à cette question, notamment rencontrées lorsque l'enquête souhaitait faire la distinction entre les produits en question concernant cette obligation. En effet, si certains jugent bénéfiques l'obligation dans le cas de l'usage des produits jugés les plus dangereux, ils ne sont plus forcément d'accord dans le cas du cannabis. S'il n'est pas possible de quantifier cette proportion, on peut néanmoins supposer que l'emploi du terme « drogue » dans la question les a peut-être incité à relativiser leur propos s'ils envisageaient également le cannabis dans leur réponse.

86. Enquête IFOP - CFES 1996 par téléphone, échantillon de 1 005 individus âgés de 15 ans et plus, déterminé par la méthode des quotas.

Certains pensent qu'on peut arriver à ce que personne ne se drogue, êtes-vous... (% en ligne)

	d'accord	Pas d'accord	NSP
Homme (ns)	25,1	74,0	0,9
Femme	27,7	71,2	1,1
15 - 17 ans ***	19,4	80,6	0,0
18 - 24 ans	20,4	78,8	0,8
25 - 34 ans	23,8	75,9	0,3
35 - 49 ans	26,3	73	0,7
50 - 64 ans	30,3	68,9	0,8
65 - 75 ans	33,3	62,8	3,8
Aucun, NSP ***	41,3	56,7	2,0
Certificat d'études	39,7	57,9	2,4
CAP	35,2	63,9	0,9
BEP + BEPC	26,8	73,0	0,3
Bac	18,1	81,6	0,3
Supérieur	14,6	84,1	1,0
Mal informé ***	30,0	68,5	1,4
Bien informé	23,9	75,4	0,7
Usage de cannabis (vie)***	12,5	87,0	0,5
Proposition cannabis (vie)	22,8	76,7	0,5
Aucun contact cannabis	32,3	66,4	1,3

Source : OFDT 1999

ns,*** : respectivement non significatif et significatif au seuil 0,001.

Derrière les 8,3 % défavorables à l'obligation de soin, se cachent en fait deux populations très hétérogènes, l'une proche des produits et des usagers et qui se révèle défavorable à l'idée d'obligation ou à la nécessité de soins, l'autre étant radicalement opposée et défavorable à l'idée de soigner les usagers, les considérant plus volontiers comme des assistés.

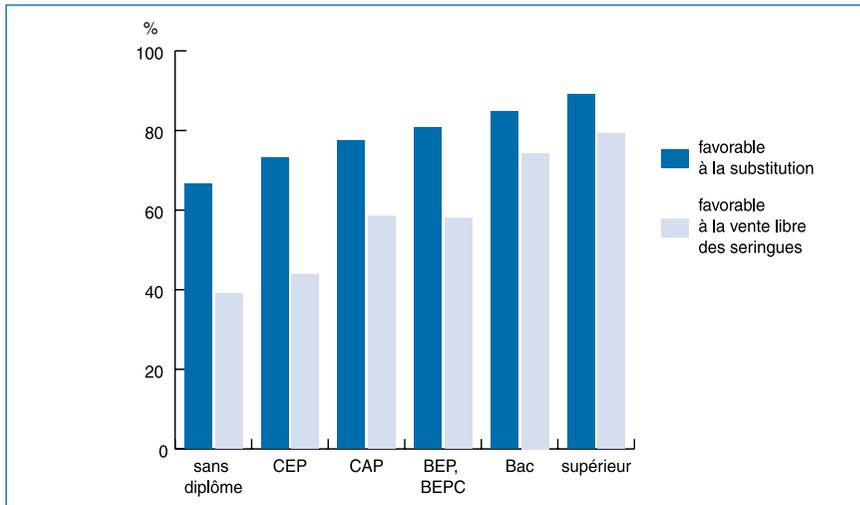
Le niveau d'accord avec l'idée qu'il est possible d'arriver à ce que personne ne se drogue ne varie pas selon le sexe, mais augmente régulièrement avec l'âge, passant de moins d'un sur cinq à 15-17 ans à un tiers pour les 65-75 ans, et diminue très nettement avec le niveau de diplôme, passant de 41,3 % pour les sans diplôme à 14,6 % chez les diplômés du supérieur. Se sentir bien informé amène à penser qu'il est impossible d'arriver à ce que personne ne se drogue (75,4 % vs 68,5 % pour les mal informés). De même, la familiarité avec le cannabis éloigne nettement de cette idée de monde sans drogue.

Il est notable que la connaissance de l'existence de programmes de substitution influe sur l'accord avec cette pratique (53 % des gens qui savent que les médecins peuvent prescrire des produits de substitution y sont tout à fait favorables contre 25 % de ceux qui ne le savent pas). Ce résultat semble traduire une certaine réserve par rapport à un contexte mal connu, qui se retrouve lorsqu'on observe certains indicateurs chez les individus défavorables à la substitution : nombre moyen de drogues citées spontanément assez bas (2,7 vs 3,9 pour l'ensemble) ; connaissance d'au moins un consommateur de cannabis plus rare que dans le reste de la population (27 % vs 38 %) ; consommation de cannabis au cours de la vie plus rare (13 % vs 21 %). Par ailleurs ce niveau d'acceptation ne varie pas selon le sexe et l'âge des enquêtés, mais augmente continûment avec le niveau scolaire : deux tiers des sans diplôme sont favorables à la substitution, contre les neuf dixièmes des diplômés du supérieur.

Sur cette question de la substitution, on a pu relever des réflexions d'individus n'y étant pas forcément défavorables mais conditionnant leur accord à l'absence de sensation d'ivresse ou de tout autre plaisir artificiel : « Ça dépend de l'effet que ça fait, c'est difficile de répondre. » Un autre dévoile son expertise en nuancant sa réponse en fonction du produit « Ça dépend si c'est de la méthadone ou du Subutex®. » Derrière la différenciation des produits, il faut sans doute voir ici un jugement sur le mode de prise en charge associé à chacun de ces produits.

Comme pour la substitution, l'opinion sur la mise en vente des seringues sans ordonnance dépend largement de la connaissance de cette mesure : 58,5 % des enquêtés qui la connaissaient s'y sont déclarés très favorables, contre seulement 16,8 % parmi ceux qui ne la connaissaient pas.

Proportions favorables à la substitution et à la vente libre des seringues selon le niveau scolaire



Source : OFDT 1999

Le profil des individus favorables à la vente libre des seringues sans ordonnance est plus contrasté que pour ceux favorables au recours à la substitution. Pour ces deux opinions, les avis favorables augmentent avec le niveau de diplôme.

En revanche, si l'âge et le sexe n'avaient pas d'incidence sur l'opinion relative à la substitution, ces facteurs sont très significativement associés à l'opinion sur la mise en vente libre des seringues. En effet, 69,0 % des hommes y sont favorables, contre 57,1 % des femmes, et le niveau d'accord s'avère maximal pour les tranches d'âge intermédiaires (25-49 ans). Par ailleurs, le fait de se sentir bien informé et la proximité avec le cannabis influencent également nettement ce niveau d'accord.

Si 57 % des répondants sont favorables à la fois à la substitution et à la vente des seringues, 11 % s'avèrent défavorables à l'une comme à l'autre. Seuls 5 % sont favorables à la vente de seringues sans ordonnance sans l'être à la substitution, alors que 24 % ne sont favorables qu'à la substitution. Ainsi la vente libre de seringues apparaît-elle moins acceptable que la substitution, dans le sens où elle est sans doute considérée comme facilitant l'usage de substances dangereuses. La prescription de produits de substitution est quant à elle plutôt associée, dans les représentations de la population, à une prise en charge médicalisée de l'usager.

Depuis quelques années, les pharmaciens sont autorisés à vendre des seringues sans ordonnance. Y êtes-vous favorable ? (% en ligne)

	Oui	Non	NSP
Homme ***	69,0	30,2	0,8
Femme	57,1	42,0	0,9
15 - 17 ans ***	34,3	65,7	0,0
18 - 24 ans	64,5	35,5	0,0
25 - 34 ans	71,1	28,7	0,3
35 - 49 ans	68,0	31,5	0,5
50 - 64 ans	59,5	39,0	1,5
65 - 75 ans	55,0	42,3	2,7
Aucun, NSP ***	39,1	59,9	1,0
Certificat d'études	43,8	54,3	1,9
CAP	58,6	41,1	0,3
BEP + BEPC	58,1	41,4	0,5
Bac	74,3	24,9	0,8
Supérieur	79,3	19,7	1,0
Mal informé ***	52,3	46,3	1,4
Bien informé	70,7	28,9	0,4
Usage de cannabis (vie) ***	81,4	18,3	0,3
Proposition cannabis (vie)	69,3	30,0	0,7
Aucun contact cannabis	54,8	44,1	1,1

Source : OFDT 1999

*** significatif au seuil 0,001.

Examinons les facteurs associés aux opinions sur la distribution contrôlée d'héroïne. Si le sexe n'influe pas sur les réponses, en revanche l'âge s'avère discriminant. Les plus jeunes et les plus âgés sont les moins favorables à cette proposition. Le niveau de diplôme joue également, avec 46,5 % d'avis favorables parmi les sans diplôme contre 62,2 % pour les diplômés du supérieur. Le fait d'avoir déjà consommé du cannabis influence nettement le niveau d'accord (68 % vs 49 %).

Il faudrait permettre aux usagers très dépendants et marginalisés de recevoir de l'héroïne sous contrôle médical (% en ligne)

	d'accord	Pas d'accord	NSP
Homme (ns)	54,2	44,1	1,6
Femme	51,6	46,5	1,9
15 - 17 ans ***	40,7	59,3	0,0
18 - 24 ans	48,4	51,2	0,4
25 - 34 ans	55,2	44,3	0,5
35 - 49 ans	58,1	40,9	1,0
50 - 64 ans	55,4	41,4	3,2
65 - 75 ans	43,5	51,5	5,0
Aucun, NSP ***	46,5	52,0	1,5
Certificat d'études	43,8	52,9	1,5
CAP	47,3	51,2	1,5
BEP + BEPC	51,5	47,2	1,3
Bac	55,6	42,7	1,7
Supérieur	62,2	36,5	1,4
Mal informé ***	50,8	46,4	2,7
Bien informé	54,4	44,6	1,0
Usage de cannabis (vie) ***	67,9	31,9	0,3
Proposition cannabis (vie)	49,9	48,6	1,5
Aucun contact cannabis	49,0	48,6	2,3

Source : OFDT ns, *** : respectivement non significatif et significatif au seuil 0,001.

En croisant entre elles les réponses aux quelques questions liées à la réduction des risques, on constate que les répondants offrent des profils assez disparates : il n'y a pas de clivages très forts mais un continuum de perceptions qui font porter le stigmate tantôt sur le produit, tantôt sur le mode d'administration : 37,4 % des individus favorables à la vente des seringues sans ordonnance sont défavorables à la distribution contrôlée d'héroïne, et réciproquement 25,9 % de ceux qui adhèrent à cette dernière se révèlent défavorables concernant les seringues.

Il faudrait permettre à certains grands malades de recevoir du cannabis sur prescription pour soulager leurs douleurs (% en ligne)

	D'accord	Pas d'accord	NSP
Homme ***	72,1	26,3	1,6
Femme	63,0	34,5	2,5
15 - 17 ans ***	61,1	38,9	0,0
18 - 24 ans	54,8	45,2	0,0
25 - 34 ans	67,3	31,5	1,3
35 - 49 ans	70,5	28,0	1,5
50 - 64 ans	71,6	24,7	3,7
65 - 75 ans	69,2	25,8	5,0
Aucun, NSP (ns)	67,0	29,1	3,9
Certificat d'études	71,9	26,2	1,9
CAP	67,4	31,2	1,5
BEP + BEPC	62,4	36,4	1,3
Bac	66,9	31,6	1,4
Supérieur	70,3	26,7	3,0
Mal informé (ns)	65,7	32,2	2,1
Bien informé	68,7	29,2	2,1
Usage de cannabis (vie) ***	76,3	22,4	1,3
Proposition cannabis (vie)	62,7	35,6	1,7
Aucun contact cannabis	66,2	31,3	2,5

Source : OFDT 1999

ns, *** : respectivement non significatif et significatif au seuil 0,001.

Les hommes sont plus souvent « tout à fait d'accord » avec l'idée d'un usage thérapeutique du cannabis que les femmes (38,5 % vs 31 %). Le niveau d'accord augmente globalement avec l'âge, les moins favorables étant les 15-17 ans (61,1 %) et surtout les 18-24 ans (54,8 %), alors que les plus de 35 ans sont d'accord à environ 70 %. Contrairement à toutes les autres propositions, le niveau de diplôme n'influe pas sur cette prise de position. Le fait d'avoir déjà consommé du cannabis est positivement lié avec cette proposition, mais pas de façon aussi importante que ce qu'on pouvait atten-

dre (76,0 % vs 65,4 %). En particulier, le fait de s'être vu proposer du cannabis sans en avoir jamais consommé est négativement lié avec l'accord sur l'usage thérapeutique du cannabis. Selon les enquêteurs, les réponses varient selon que l'on donne ou non des exemples de maladies, en particulier le cancer, les avis favorables augmentant dès lors⁸⁷.

L'opinion sur les efforts des pouvoirs publics : bien-fondé et utilité de l'aide aux usagers et de la prévention auprès des jeunes

Environ deux tiers des répondants (65,7 %) reconnaissent que « dans notre société, on tente d'aider les consommateurs de drogues dépendants à s'en sortir ». Néanmoins, moins de 10 % d'entre eux pensent que l'aide est adaptée puisque 63,1 % disent qu'il faudrait l'augmenter, 20,6 % qu'il faudrait faire autrement et 5,5 % ne savent pas. Seuls 1,3 % estiment qu'il ne faut pas aider les usagers dépendants à s'en sortir.

Sur l'idée que la société tente d'aider les toxicomanes, hommes et femmes ne se distinguent pas par leurs réponses. Les différences selon les âges sont plus nettes mais elles ne permettent pas de saisir une tendance régulière comme c'est souvent le cas pour les autres questions. On observe toutefois un effet de seuil opposant les 50-75 ans, dont 71 % sont d'accord avec la proposition, aux moins de 50 ans. Plus le niveau de diplôme est élevé (73,8 % pour les sans diplôme contre 60,0 % pour les diplômés du supérieur) moins cette idée est acceptée. De même, parmi les facteurs favorisant de façon très significative le désaccord avec l'idée qu'en France les usagers dépendants sont aidés, on trouve la proximité avec le cannabis comme avec les autres drogues illicites, le fait d'être à gauche ou de ne pas vouloir se prononcer sur une échelle politique gauche droite (60 % d'accord contre 70 % aux autres), ou encore d'être sans religion (61,1 % contre 70,2 % aux pratiquants).

Parmi ceux qui contestent l'idée que la société tente d'aider les toxicomanes, seuls 4 % pensent qu'il ne faudrait pas le faire, alors que pour les individus d'accord avec cette assertion, 14,3 % estiment que telle quelle, cette aide est adaptée, 46,4 % pensent qu'il faudrait l'augmenter et 31,4 % qu'il faudrait faire autrement, mais l'enquête ne permet pas de savoir comment...

87. Cela correspond sans doute à l'idée qu'en dernier recours, pourquoi faudrait-il se priver de cette forme de soin ?

Avis sur l'information à propos des drogues à l'école (% en ligne)

L'information sur les drogues à l'école est-elle ?	Oui, tout à fait	Oui, plutôt	Sous-total oui	Non, plutôt pas	Non, pas du tout	Sous-total non	NSP	Total
Utile	66,1 %	19,6 %	85,7 %	6,3 %	7,2 %	13,5 %	0,8 %	100 %
Suffisante	7,3 %	13,6 %	20,9 %	43,2 %	28,1 %	71,3 %	7,9 %	100 %
Dangereuse	8,5 %	6,6 %	15,1 %	27,9 %	55,7 %	83,6 %	1,3 %	100 %

Source : OFDT 1999

À propos de l'utilité d'informer les jeunes, une très forte majorité se dégage (85,7 %). Par ailleurs, l'information des jeunes est ressentie insuffisante par la majorité des individus (71,3 %) et dangereuse par une minorité (15,1 %).

Il est intéressant d'observer le profil des individus qui pensent que l'information des jeunes dans le cadre scolaire n'est pas utile. Ils ne se distinguent pas par le sexe, le fait d'avoir des enfants, la familiarité avec les drogues autres que le cannabis, le sentiment religieux ou la préférence politique. En revanche, ils sont plus nombreux parmi ceux qui se sentent mal informés (15,7 % vs 11,8 % pour l'ensemble), parmi ceux qui ont déjà consommé du cannabis (19,1 % vs 12,0 %) et surtout parmi les plus jeunes (35,2 % parmi les 15-17 ans, contre 7,4 % parmi les 50-64 ans)⁸⁸. Ce sont donc les principaux intéressés qui remettent le plus souvent en cause l'utilité d'informer les jeunes à l'école.

Sur cette question, un pourcentage assez fort d'enquêtés déclare ne pas savoir si l'information est suffisante, faute de connaissance sur ce point ou d'implication, ce pourcentage atteignant 10 % dans les foyers n'ayant pas d'enfants contre 6 % dans les autres foyers⁸⁹. Ces individus trouvent néanmoins majoritairement cette information utile.

88. Toutes les relations citées dans ce paragraphe sont significatives au seuil 0.001.

89. Notons que le fait d'avoir ou non des enfants de moins de 18 ans est sans lien avec le fait de ne pas savoir si l'information sur les drogues à l'école est suffisante.

Utilité et dangerosité de l'information

	Information dangereuse :			
	Oui	Non	NSP	Total (ligne)
Information utile :				
Oui	9,3 %	75,4 %	0,9 %	85,7 %
Non	5,6 %	7,6 %	0,1 %	13,5 %
NSP	0,2 %	0,3 %	0,2 %	0,8 %
Total (colonne)	15,1 %	83,6 %	1,3 %	100 %

Source : OFDT 1999

Si les trois quarts de l'échantillon jugent que l'information est utile et pas dangereuse, environ un enquêté sur dix juge l'information à la fois utile et dangereuse. Vraisemblablement, pour eux, il y a à la fois un intérêt et des risques à informer sur les drogues en milieu scolaire. Ces individus n'ont pas de profil sociodémographique particulier par rapport au reste de l'échantillon.

Lors du Baromètre santé 1992, 30 % des répondants s'estimaient d'accord avec le fait que « La drogue, mieux vaut ne pas trop en parler, ça éveille la curiosité ». Il s'agissait en particulier des plus âgés (51-75 ans) et des personnes les moins en contact avec la drogue. On avait noté une tendance à la baisse (26 % vs 30 %) entre 1992 et fin 1993. L'idée suivant laquelle l'information est dangereuse serait donc de moins en moins partagée, même s'il faut rester prudent quant à la comparabilité entre ces deux enquêtes et celle de 1999.

Le niveau d'information ressenti

Si seuls 8 % des Français s'estiment très bien informés sur les drogues, ils sont au total 58 % à se juger bien informés. Plus des deux tiers (68 %) des 18-24 ans s'estiment bien informés contre moins de la moitié (48 %) des 65-75 ans. Le niveau d'information ressenti croît également de façon linéaire avec le niveau de diplôme (de 43 % pour les sans diplôme à 74 % pour les individus ayant obtenu un diplôme supérieur à bac+2) et avec le fait d'avoir déjà consommé du cannabis au cours de sa vie (76 % vs 53,5 %),

ce résultat vérifiant l'hypothèse selon laquelle l'expérimentation est une source importante de légitimité. Les femmes se sentent plus souvent plutôt mal ou très mal informées (46,0 % contre 37,9 % chez les hommes). On constate aussi que les indécis politiques sont ceux qui se sentent le moins bien informés sur les drogues.

Du point de vue des campagnes de communication, il peut être intéressant de cerner en particulier le profil des individus qui se sentent très mal informés⁹⁰. Ils sont 45 % à avoir plus de 50 ans (contre 33 % pour l'ensemble de l'échantillon), 88 % à détenir un diplôme inférieur au baccalauréat (contre 57 % pour l'ensemble), 35 % à habiter une commune rurale (contre 26 %), et ce au détriment des plus grandes villes. Les ouvriers et les retraités sont sur-représentés parmi les très mal informés. En revanche, le sexe et l'intensité du sentiment religieux ne sont pas des caractères discriminants quant au fait de se sentir très mal informé. Si l'on croise cette donnée avec le nombre moyen de produits cités spontanément en tant que drogue, on obtient les résultats suivants :

Nombre de produits cités et niveau d'information ressenti

	Moyenne	Ecart type
Très bien informé	4,25	2,62
Plutôt bien informé	4,13	2,18
Plutôt mal informé	3,25	2,02
Très mal informé	2,35	1,87

Source : OFDT 1999

Toutes ces moyennes sont significativement différentes les unes des autres, hormis les deux premières (4,25 et 4,13). Le fait de se sentir bien informé est donc positivement lié à la faculté de citer spontanément des produits psychoactifs, la connaissance de certains produits est un élément de l'information perçue sur les drogues.

Il est étonnant de constater qu'on retrouve, à chaque niveau d'information ressentie, des individus n'ayant cité spontanément aucune substance. Une hypothèse explicative aurait pu être le jeune âge, ou la présence d'un tiers lors de l'entretien qui peuvent gêner le répondant au moment d'exprimer expli-

90. Les pourcentages cités sont tous significativement différents de ceux de l'ensemble de l'échantillon au seuil de 0,05.

citement des noms de drogues, mais le plus jeune des « très bien informés » n'ayant cité aucune drogue a 27 ans. Il semblerait donc que l'on puisse se sentir bien informé tout en étant incapable de citer spontanément le nom d'une drogue. Peut-être cela correspond-il à un réflexe de protection du type « Je ne connais aucune drogue mais je sais à quoi m'en tenir donc je suis très bien informé » ? Peut-être cela renvoie-t-il à la distinction entre le terme générique « la drogue » et les substances particulières ?

D'autres indicateurs permettent de mesurer la subjectivité du niveau d'information ressenti : la connaissance de la substitution et de la vente libre de seringues. Parmi les individus qui ne savent pas que les médecins peuvent prescrire des médicaments de substitution, 39,6 % s'estiment bien informés (contre 66,4 % chez ceux qui le savent), et parmi ceux qui ne connaissent pas la vente libre de seringues, 44,3 % se disent bien informés (contre 64,2 % chez ceux qui le savent). Si ces données sont bien sûr très liées, on remarque néanmoins que les niveaux de connaissance « objectifs » et « subjectifs » ne coïncident pas forcément.

Conclusion

Les grandes tendances qui émergent de cette enquête sur les perceptions et les opinions, reprises dans la synthèse de ce document, apportent un éclairage nouveau sur les représentations du public en matière de drogues et de toxicomanies. Les résultats d'une telle étude doivent néanmoins être lus avec précaution, dans le sens où l'enquête en population générale impose une problématique dans un contexte qui ne s'y prête pas forcément, et surestime de fait la capacité des enquêtés à prendre parti sur un sujet qui ne les a parfois qu'effleurés jusqu'alors et sur lequel les spécialistes ne s'accordent pas aisément.

Aussi convient-il de souligner à nouveau l'influence des choix méthodologiques opérés au cours de la mise en place de l'enquête, que ce soit sur le type d'échantillonnage, le mode de collecte, l'ordonnement du questionnaire ou encore la formulation des questions. Il a par exemple été montré, à l'occasion de la mise en place de l'enquête sur l'analyse des comportements sexuels en France (ACSF) en 1992, que le recours au téléphone génère une plus grande cohérence dans les réponses mais favorise, pour certains thèmes, l'expression de réponses socialement normées répondant à un effet de « désirabilité sociale ». Par ailleurs, les réponses de certains enquêtés apparaissent parfois manquer de liens entre elles, sans qu'on puisse définitivement l'attribuer au questionnaire ou à l'individu lui-même, sachant que ce type d'enquête demande une réaction très spontanée de sa part. La confrontation des données quantitatives et qualitatives, parfois utilisée au cours de cette étude, offre un point de vue complémentaire sur les représentations individuelles. Ces incertitudes liées au recueil de l'information confirment ainsi l'idée que s'il est ambitieux de chercher à mesurer précisément des indicateurs ponctuels, il n'en reste pas moins primordial d'essayer de mesurer des évolutions dans le temps en répétant les biais dont on ne peut s'affranchir, dans une optique de suivi barométrique. Il ressort néanmoins de l'analyse statistique de nombreuses tendances.

Environ 95 % des enquêtés sont capables de citer spontanément une drogue, avec une moyenne de 3,7 produits cités, avant tout le cannabis et ses dérivés (78 %). Les autres substances les plus souvent identifiées sont la cocaïne (54 %), l'héroïne (45 %), l'ecstasy (39 %), le LSD (27 %), le tabac (21 %), l'alcool (20 %) et le crack (12 %). Tous les autres produits sont cités par moins de 10 % des répondants. Une minorité de plus en plus importante cite spontanément l'alcool comme faisant partie des drogues (20 % en 1999 vs 14 % en 1997). Cela est vraisemblablement lié à la diffusion des conclusions du rapport Roques sur la dangerosité des drogues. En effet, l'augmentation de déclarations spontanées pour le tabac est un peu plus faible (21 % en 1999 vs 17 % en 1997). Par ailleurs, une enquête menée en 1993 par le CFES avait montré que, lorsque ces produits sont proposés explicitement au milieu d'une liste d'autres drogues, l'accord sur le fait que l'alcool et le tabac sont des drogues est assez massif (respectivement 84 % et 77 %). Les individus qui ont déjà expérimenté le cannabis ou qui se sentent bien informés sur les drogues sont plus nombreux à citer spontanément l'alcool ou le tabac parmi les drogues. Le diplôme est également un facteur très discriminant, les individus ayant un diplôme inférieur au bac ou un bac professionnel mentionnant moins souvent ces produits parmi les drogues.

En termes de **dangerosité pour la santé** des différentes substances psychoactives, il était demandé pour chaque produit s'il est dangereux dès qu'on essaie, dès qu'on en prend de temps en temps, dès qu'on en prend tous les jours, ou s'il n'est jamais dangereux pour la santé. Il apparaît que l'héroïne, et à peine moins la cocaïne, sont associées à un danger immédiat par une très forte majorité (environ 85 %). Pour l'ecstasy, l'expérimentation apparaît relativement moins dangereuse (76 %), la représentation de ce produit se révélant moins bien définie dans la population (5 % des enquêtés déclarent ne pas connaître ce produit). Néanmoins, par rapport à l'enquête Eurobaromètre 1992, selon laquelle le cannabis était jugé dangereux plus fréquemment que l'ecstasy, il semble que ce dernier produit a perdu au cours des années 1990 son image de « pilule de l'amour », pour être aujourd'hui de plus en plus perçu comme une « drogue dure ». Pour plus de la moitié de l'échantillon, le cannabis est dangereux dès qu'on l'essaie. Un tiers juge la consommation régulière sans danger, 5 % de l'échantillon jugeant même de ce produit qu'il n'est jamais dangereux. En outre, 41 % jugent le cannabis relativement moins dangereux que l'héroïne sur cette échelle alors que seuls 2 % pensent que c'est l'inverse. Ainsi le seuil de dangerosité dépend-il des produits ; la cocaïne, l'héroïne ou l'ecstasy apparaissent comme dangereux dès la première prise, alors que pour les aut-

res produits évoqués des nuances spécifiques sont à relever. Le **risque de dépendance** est jugé quant à lui beaucoup plus fort pour l'héroïne et la cocaïne (respectivement 56 % et 58 % le situent dès l'expérimentation) que pour le cannabis (38 %). Le risque de ne plus pouvoir se passer d'un produit est par ailleurs souvent dissocié du danger pour la santé dans le sens où il apparaît plus lié à l'usage qu'au produit.

Concernant l'alcool et le tabac, les réponses sont très différentes de celles obtenues pour les autres substances, plus des trois quarts des Français estimant qu'ils ne sont dangereux pour la santé qu'à partir d'une certaine consommation quotidienne en nombre de verres ou de cigarettes. L'usage du tabac apparaît dangereux dès l'expérimentation à 21 % des individus interrogés, contre seulement 6 % pour l'alcool. En moyenne, le risque pour la santé est situé respectivement à partir de 9 cigarettes par jour et 4 verres par jour. Lors des entretiens, les répondants ont fréquemment cité le slogan « Un verre ça va, trois verres bonjour les dégâts », pour fixer le seuil à 2 ou 3 verres. Pour l'alcool, un certain consensus se dessine avec un seuil de dangerosité modal de 3 verres quotidiens, les réponses s'avérant plus dispersées pour le tabac (12 % citent 5 cigarettes, 21 % un demi-paquet, 18 % un paquet).

Lorsqu'il s'agit de hiérarchiser les produits, en désignant le plus dangereux parmi l'héroïne, la cocaïne, l'ecstasy, l'alcool, le cannabis, le tabac et les « médicaments pour les nerfs », une assez forte majorité relative choisit l'héroïne (41 %), la cocaïne et l'ecstasy complétant le groupe des produits les plus cités, avec respectivement 20 % et 17 %. Pour les produits peu cités, on peut noter l'alcool (6 %), le cannabis (3 %) et le tabac (2 %). Parmi les facteurs discriminants, l'âge apparaît important, les 18-24 ans citant plutôt l'héroïne, les plus jeunes et les plus âgés citent plus souvent la cocaïne ou le cannabis. Par ailleurs, les plus diplômés choisissent plus souvent l'héroïne ou l'ecstasy et moins souvent la cocaïne.

Concernant enfin le risque d'escalade du cannabis vers d'autres drogues illicites, 70 % des enquêtés estiment que l'usage de cannabis conduit à consommer des produits plus dangereux. Seuls 13 % sont plutôt en désaccord avec cette idée et 14 % pas du tout d'accord. Néanmoins, le concept d'escalade apparaît moins fortement ancré dans l'opinion publique qu'en 1992. Plus un individu est familier avec le cannabis, moins il a de chances de croire en l'escalade ; au contraire, plus il perçoit la toxicomanie comme un phénomène contagieux, plus il adhère à cette thèse.

Invités à indiquer s'ils auraient peur de prendre, ne serait-ce qu'une fois, diverses substances psychoactives, les enquêtés déclarent des craintes

contrastées selon les produits. Le niveau de **peur ressentie à l'égard des produits** apparaît globalement très élevé, supérieur à 80 % pour toutes les drogues illicites autres que le cannabis. Six groupes de produits peuvent être isolés :

- les substances dont l'expérimentation fait « très peur » à plus de la moitié des répondants (surtout l'héroïne, mais également l'ecstasy, le crack, la cocaïne et le LSD) ;
- les substances pour lesquelles l'expérimentation suscite une crainte moins marquée (produits à inhaler, champignons hallucinogènes) ;
- les substances liées à la recherche de la performance (amphétamines, produits dopants) qui ont une part équilibrée de « très peur » et de « plutôt peur », autour de 40 % pour chacun ;
- le cannabis, dont l'expérimentation fait « très peur » ou « plutôt peur » aux deux tiers des Français ;
- les médicaments pour les nerfs, dont les personnes ont assez souvent « plutôt peur », mais peu fréquemment « très peur » ;
- l'alcool et le tabac pour lesquels l'appréhension d'une expérimentation concerne environ un tiers des Français.

Pour l'ensemble des produits, les femmes déclarent des peurs plus fortes que les hommes, en particulier pour le cannabis et l'alcool (deux tiers de ceux qui déclarent qu'ils auraient « très peur » de prendre ces produits sont des femmes). Pour les médicaments pour les nerfs, les différences de point de vue ne sont pas significatives. De grandes disparités dans les appréhensions se font également jour selon l'âge des enquêtés. Pour l'alcool et le tabac, ainsi que pour les substances concernant particulièrement les plus jeunes (l'ecstasy, les produits à inhaler et les champignons hallucinogènes), la proportion de ceux qui déclarent une peur augmente avec l'âge à partir de 18 ans. Pour le cannabis, cette évolution est encore plus nette. D'autres produits, tels que l'héroïne, le LSD, les médicaments pour les nerfs, les amphétamines ou encore les dopants, génèrent des peurs moins différenciées selon les tranches d'âge. Globalement, les peurs déclarées révèlent une différenciation des produits qui recoupe souvent la distinction entre produits licites et illicites, mais laisse une place particulière à deux produits dont le statut est moins clairement identifié : le cannabis – produit illicite mais largement banalisé – et les médicaments psychotropes, produits licites mais volontiers jugés dangereux, notamment hors du cadre de la prescription.

Concernant **les représentations qu'associe le public aux toxicomanes** et plus particulièrement aux usagers d'héroïne, six profils de réponse ont pu être dégagés :

- Le premier type (12 % de l'échantillon) s'oppose nettement à la stigmatisation des usagers d'héroïne, et en particulier aux opinions qui les présentent comme des délinquants ou des personnes qui manquent de volonté.
- Le second type (5 % de l'échantillon) regroupe des enquêtés sans opinions sur les questions posées, et qui se distinguent par ailleurs par un certain repli social.
- Le troisième type (38 % de l'échantillon) offre un profil nuancé ou indécis, principalement caractérisé par une forte proportion d'individus plutôt en désaccord avec l'ensemble des propositions, en particulier avec l'idée que les usagers d'héroïne sont des délinquants ou des « parasites ».
- Le quatrième type (24 % de l'échantillon) rassemble des individus qui estiment que les toxicomanes sont dangereux, en particulier pour leur entourage et pour les jeunes qu'ils cherchent à entraîner. Ses membres sont partisans d'une politique coercitive fondée sur le maintien de l'interdiction de l'usage.
- Le cinquième type (13 % de l'échantillon) correspond à une « discrimination contenue », dans le sens où ses membres sont plutôt d'accord avec les propositions les plus stigmatisantes concernant les usagers (les assimilant par exemple à des parasites).
- Le dernier type (8 % de l'échantillon) est composé d'individus aux opinions extrêmes : ils considèrent que les usagers d'héroïne sont des parasites dangereux et manquant de volonté. Ils sont aussi plus nombreux à penser que la toxicomanie est un choix de vie, et que l'interdiction de l'usage porte atteinte aux libertés individuelles. Ces deux dernières opinions ne révèlent donc pas toujours une volonté de banaliser ou « d'excuser » la toxicomanie.

Les perceptions et les opinions relatives aux usagers d'héroïne et aux politiques publiques en matière de drogues et de toxicomanies s'articulent de façon cohérente, et font écho au système de valeurs de chacun : les plus conservateurs, les plus attachés à l'ordre social et aux valeurs traditionnelles sont les plus hostiles à l'égard de ces usagers, et les plus enclins à plébisciter une politique coercitive et répressive. Inversement, ceux qui mettent en question cet ordre et ces valeurs refusent davantage de stigmatiser les héroïnomanes, sont plus critiques à l'égard des interdictions d'usage, et sont plus favorables à une politique de libéralisation.

En parallèle à cette investigation sur les représentations des drogues et des usagers, **des questions sur la politique publique** actuelle et sur celle à mener en matière de toxicomanie ont également été abordées. L'efficacité d'une interdiction de l'usage recueille une part à peu près équilibrée d'avis favorables et défavorables, pour l'héroïne comme pour le cannabis. L'idée qu'elle est une atteinte aux droits fondamentaux de la personne est en revanche beaucoup moins fréquente puisqu'elle ne concerne qu'un tiers des Français pour le cannabis et un quart pour l'héroïne. La majorité des Français juge donc légitime l'interdiction de l'usage, quoique relativement peu efficace.

Parmi les mesures alternatives étaient proposées la **réglementation** (sous les termes d'une autorisation de la consommation sous conditions) du cannabis et de l'héroïne, et la vente libre du cannabis. Les répondants distinguent ici nettement ces deux substances. Près de la moitié rejette catégoriquement l'idée d'une réglementation du cannabis, contre les trois quarts pour l'héroïne. Environ un tiers est favorable à l'autorisation sous conditions de l'usage du cannabis, ce qui n'est le cas que de 12 % lorsqu'il s'agit de l'héroïne. La **légalisation** (mise en vente libre) du cannabis rencontre une opposition très forte puisque près des deux tiers des Français y sont farouchement opposés (seuls 17 % y sont favorables). D'autre part, plus de la moitié (57 %) des individus favorables à l'autorisation sous condition est opposée à la légalisation : la réglementation est donc la revendication majoritaire des partisans d'une révision de la loi. Les hommes et les jeunes adultes sont plus souvent favorables à la mise en vente libre. Enfin, si les questions relatives à l'interdiction de l'usage du cannabis suscitent des clivages relativement marqués, celles portant sur l'héroïne sont beaucoup plus consensuelles.

L'obligation de soins dans le cadre d'une interpellation apparaît particulièrement acceptée puisque à peine un individu sur dix s'y déclare défavorable. Cette minorité regroupe en fait deux populations très hétérogènes, l'une proche des produits et des usagers, qui se révèle défavorable à l'idée d'obligation ou à la nécessité de soins, l'autre étant radicalement opposée et défavorable à l'idée de soigner les usagers, les considérant plus volontiers comme des assistés.

Seul un quart des Français pense qu'il est possible de parvenir à un **monde sans drogue**, le plus grand nombre (41 %) se déclarant en complet désaccord avec cette assertion. Le niveau d'accord avec l'idée qu'il est possible d'arriver à ce que personne ne se drogue augmente linéairement avec l'âge et diminue avec le niveau de diplôme, les hommes se déclarant plus souvent « pas du tout d'accord » que les femmes.

Le recours aux **produits de substitution**, présentés comme prescrits par des médecins et remplaçant l'effet de l'héroïne, est jugé favorablement par 81 % des Français. Il est notable que la connaissance de l'existence de programmes de substitution influe sur l'accord avec cette pratique. La **vente de seringues sans ordonnance** ne rencontre pas le même niveau d'acceptation (63 % de favorables), mais les réponses apparaissent également très liées à la connaissance de cette pratique. Le niveau d'acceptation avec les mesures de réduction des risques augmente avec le niveau de diplôme.

La **distribution contrôlée d'héroïne** est une mesure moins bien acceptée que les précédentes, mais une majorité de Français y est tout de même favorable (53 %). Le fait d'avoir déjà consommé du cannabis influence nettement le niveau d'accord avec ces trois dernières propositions. Enfin, **l'usage thérapeutique du cannabis** trouve l'aval de plus des deux tiers des répondants (et plus souvent des hommes que des femmes). Le fait d'avoir déjà consommé du cannabis est encore une fois positivement lié avec cette proposition, mais pas de façon aussi nette que ce qu'on pouvait attendre. Dans l'ensemble, les actions liées à la politique de réduction des risques semblent de plus en plus acceptées par les Français depuis le début des années 90. Néanmoins, la majorité reste favorable à des mesures prohibitives, sauf lorsque l'autorisation est envisagée dans un cadre thérapeutique : ce ne sont donc pas seulement les produits mais aussi leurs usages qui motivent les opinions recueillies sur les politiques publiques.

L'existence d'une action des pouvoirs publics dans l'aide aux usagers dépendants est reconnue par deux tiers des répondants. Néanmoins, 63 % disent qu'il faudrait l'augmenter et 21 % qu'il faudrait faire autrement. Seul 1 % estime qu'il ne faut pas aider les usagers dépendants à s'en sortir. Une très forte majorité (86 %) juge qu'il est utile d'informer les jeunes, la proportion d'individus pensant qu'il vaut mieux ne pas trop en parler diminuant au cours des années 1990. Par ailleurs, l'information des jeunes est jugée suffisante par 71 % des individus et dangereuse par 15 %.

Globalement, les Français s'estiment plutôt bien informés. Si seuls 8 % des Français s'estiment très bien informés sur les drogues, ils sont au total 58 % à se juger très bien ou bien informés. Le niveau d'information ressenti croît de façon régulière avec le niveau de diplôme, et s'avère plus élevé parmi les enquêtés qui ont déjà consommé du cannabis au cours de leur vie. Ce dernier résultat confirme l'hypothèse selon laquelle l'expérimentation est une source importante de légitimité. Les indécis politiques sont ceux qui se sentent le moins bien informés sur les drogues.

Au final, quelques résultats généraux doivent être soulignés, au sujet des facteurs associés aux opinions sur les drogues et les toxicomanies. On notera l'existence d'une courbe « en U » de la défiance à l'égard des drogues et des usagers suivant l'âge, les plus jeunes et les plus âgés montrant les craintes les plus fortes et le besoin d'information le plus important. Le sexe apparaît nettement moins discriminant dans la mesure où lorsqu'il semble avoir une incidence sur une représentation ou une opinion, cet effet disparaît le plus souvent dès qu'est prise en compte l'expérimentation d'une drogue illicite. La crainte vis-à-vis des produits et les attitudes de rejet vis-à-vis des toxicomanes sont nettement moins fréquentes chez les personnes qui ont une certaine familiarité avec les substances illicites, qu'ils les aient consommées, s'en soient vu proposer ou connaissent des usagers dans leur entourage. Concernant les autres facteurs, d'une manière générale, les personnes ayant un niveau d'études élevé et celles se sentant les mieux informées sur les drogues ont des perceptions moins stigmatisantes des drogues et de leurs usagers, et sont plus favorables aux mesures de réduction des risques et à l'idée d'une réglementation de la consommation de cannabis.

Cette enquête souligne enfin la nécessité de procéder à des campagnes d'information, même si la majorité des personnes interrogées s'estime bien informée sur les drogues. Le facteur le plus souvent associé aux opinions recueillies renvoie à la familiarité au cannabis et aux autres drogues illicites. Il semble que ce soit surtout cette familiarité qui tient lieu de connaissance sur les drogues et les toxicomanies. Les enquêtés qui ne sont pas du tout familiers des drogues ont des difficultés à différencier les substances et leurs usages, à juger de la dangerosité d'une substance autrement que par son statut licite ou illicite, et ont davantage tendance à stigmatiser les usagers. L'information diffusée doit être orientée vers ce public, mais doit également viser ceux qui confondent familiarité et connaissance : être familier d'une substance, ce n'est pas la connaître ni être capable d'en évaluer les dangers, ce qu'illustre tout particulièrement aujourd'hui le cas de l'alcool et du tabac. L'information vise donc un public hétérogène. Enfin, ce public semble de plus en plus différencier les substances et leurs usages (en termes de peurs, de dangerosités estimées ou de politiques publiques). Cette information doit donc bien porter sur les drogues et les comportements de consommation.

Bibliographie

AQUATIAS (S.), KHEDIM (H.), MURARD (N.), GUENFOUD (K.), *L'usage dur des drogues douces, Rapport au ministère de l'Enseignement Supérieur de la Recherche*, 1997.

BALLION (R.), *Les conduites déviantes des lycéens*, Rapport OFDT, CADIS, 1999.

BAUDIER (F.), ARENES (J.), *Baromètre santé adultes 95/96*, Vanves, Les éditions du CFES, 1997.

BAUDIER (F.), JANVRIN (M.-P.) et ARENES (J.), *Baromètre Santé jeunes 97/98*, Vanves, Les éditions du CFES, 1998.

BECK (F.), *Perceptions, opinions, attitudes et connaissances de la population française en matière de toxicomanie, état des lieux et évolutions depuis la fin des années 80*, rapport OFDT, 1998.

BECK (F.), *Drogues et toxicomanie, l'état des perceptions et opinions en 1999 : premiers résultats*, Tendances n°4, OFDT, 1999a.

BECK (F.), *La consommation de substances psychoactives chez les lycéens*, note OFDT, 1999b.

BERGMAN (M.), CATTACIN (S.), LUCAS (B.), WERNLI (B.), *Libéraliser, réduire les risques, soigner ou réprimer ? L'opinion de la population suisse à l'égard de la politique en matière de drogue*, Travaux et communications du département de science politique de l'Université de Genève, 8/97, 1997.

BERNAT DE CELIS (J.), *Drogues : consommation interdite ; la genèse de la loi de 1970 sur les stupéfiants*, Logiques sociales, Paris, L'Harmattan, 1996.

BERTHIER (C.) et DUPONT (F.), *Les questionnaires et réponses aux enquêtes* (pages 1-13), Journées de méthodologie statistique, INSEE, 1996.

BERTHIER (C.), DEVILLE (J.-C.), NEROS (B.), *Une méthode mesure de l'effet enquêteur* (pages 1-9), Journées de méthodologie statistique, INSEE, 1996.

BLESS (R.) et al., *Improving the comparability of general population surveys on drug use in the European Union*, O+S, EMCDDA (OEDT), 1997.

CALVEZ (M.), *Les connaissances et les attitudes relatives au sida* (pages 317-349), dans l'ouvrage collectif *L'entrée dans la sexualité, le comportement des jeunes dans le contexte du sida*, Éditions La Découverte et Syros, 1997.

CFES, MILDT, *Recherche d'axes de communication : prévention de la toxicomanie*, étude réalisée par Adage, 1997.

CFES / IPSOS, *Les habitudes de consommation d'alcool des Français*, rapport d'étude, 1998.

Commission européenne, *1995 Eurobarometer survey*, Office of Publication of the European Communities, 1996.

Commission sociale de l'épiscopat, *Drogues, église et société* ; Médecins, éducateurs, politiques, chercheurs, associations s'expriment, Centurion/Éditions Cerf, Paris, 1997.

CONVERSE (P.), *Nouvelles dimensions de la signification des réponses dans les sondages*, in *Revue internationale des sciences sociales*, 16, 1, 1964.

DE MUNCK (J.), *La consommation de drogues dans le conflit des normes* (pages 27-49) in EHRENBURG (A.) (dir.), *Vivre avec les drogues, recueil de textes*, Communications, EHESS, Paris, Seuil, 1996.

DENIKER (P.), *Les drogues, trafic et contagion*, Editions Plon, 1988.

DE PERETTI (C.) et LESELLBAUM (N.), *Les lycéens parisiens et les substances psychoactives : évolutions*, Rapport OFDT, INRP – Paris X Nanterre, 1999.

DEVILLE (J.-C.), *Éléments pour une théorie des enquêtes par quotas* (pages 345-364), dans l'ouvrage *La qualité de l'information dans les enquêtes*, Éditions Dunod, 1992.

DEVILLE (J.-C.), *Quelques éléments pour l'analyse de l'effet enquêteur dans le dispositif « Europanel »*, Note Insee n° 780/F401, 1994.

EWALD (F.), *L'État providence*, Editions Grasset et Fasquelle, 1986.

FABRE (G.), *La notion de contagion au regard du sida, ou comment interfèrent logiques sociales et catégories médicales* (pages 5-32), *Sciences Sociales et Santé*, Vol. XI, n° 1, 1993.

GALLAND (O.), LEMEL (Y.), *Une comparaison des systèmes de valeur entre pays européens* (pages 113-130), *Futuribles* n° 200, 1995.

GODARD (O.), *La précaution n'est pas abstention*, intervention au colloque « *Risque zéro ?* » organisé par l'INESC (Institut national d'études de la Sécurité civile), à Nainville les Roches (25-26 juin), 1999.

GREMY (J.-P.), *Les expériences françaises sur la formulation des questions d'enquêtes*, *Revue française de sociologie*, XXVIII, 1987.

Groupe Pompidou, *Recommandations du Protocole Pompidou*, 23ème réunion du groupe d'experts en épidémiologie des problèmes de drogue, Strasbourg, 9-10/11/95, 1995.

GROVES (R.M.), BIEMER (P.P.), LYBERG (L.E.), MASSEY (J.T.), NICHOLLS II (W.L.), WAKSBERG (J.), *Telephone survey methodology*, John Wiley & Sons (eds), New York, 1988.

GUILLAUME (M.), *Les métamorphoses de l'épidémie* (pages 6-14), Traverses, *Revue du Centre de Création Industrielle*, n°32 (*l'épidémie*), Éditions de Minuit, 1984.

HAHN (A.), EIRMBERT (W.H.) et JACOB (R.), *Le sida : savoir ordinaire et insécurité* (pages 81-89), *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n° 104, 199.

Haut Comité de la santé publique, *Actualité et dossier en santé publique : usages de drogues et toxicomanies* dossier 22, mars, 1998.

HEBEL (P.), LE QUEAU (P.), MAHIEU (A.), VAROQUAUX (D.), ZORZIN (M.L.), *Les Français et la prévention de l'alcoolisme et du tabagisme*, Crédoc, Crede, 1998.

HENRION (R.) (dir.), *Rapport de la commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie*, La Documentation française, 1995.

HEWSTONE (M.), *Représentations sociales et causalité* (pages 252-274), dans l'ouvrage collectif *Les représentations sociales*, PUF, 1989.

HIBELL (B.) et al., *The 1995 ESPAD report*, CAN, Council of Europe, 1997.

KORF (D. J.), BLESS (R.), NOTTELMAN (N.), *Urban drug problems and the general public*, Intersearch, EMCDDA (OEDT), Thesis Publishers Amsterdam, 1998.

Institut Mori, *Etat de l'opinion britannique sur la drogue*, The independent on Sunday, 1997.

INSERM, *Ecstasy, données biologiques et cliniques aux contextes d'usage, expertise collective*, 345 pages, ed. INSERM, 1998.

JEUDY (H.-P.), *Virulences de la contamination* (pages 40-48), *Traverses*, Revue du Centre de Création Industrielle, n°32 (*l'épidémie*), Éditions de Minuit, 1984a.

JEUDY (H.-P.), *Diagonale* (pages 108-129), *Traverses*, Revue du Centre de Création Industrielle, n°32 (*l'épidémie*), Éditions de Minuit, 1984b.

LASCOUMES (P.), *La précaution comme anticipation des risques résiduels et hybridation de la responsabilité* (pages 359-382), *L'année sociologique*, vol.46, n°2, 1996.

LAZARFELD (P.), *Des concepts aux indices empiriques*, in Boudon (R.), Lazarfeld (P) (éd.), *Le vocabulaire des sciences sociales*, Mouton, Paris, 1965.

LAZARFELD (P.), *L'interprétation des relations statistiques*, in Boudon (R.), Lazarfeld (P) (éd.), *Méthodes de la sociologie*, tome 2, Mouton, Paris-La Haye, 1966.

LAZARUS (A.), *Les enquêtes en population générale pourraient-elles avoir quelque chose de iatrogène ?* (pages 199-233), *Confrontations psychiatriques*, n°40, 1999.

Lettre du CNID, *contre la drogue*, décembre, n°17, 1999.

NAHAS (G.), *Haschisch, cannabis et marijuana : le chanvre trompeur*, PUF, 1976.

National Institute on Drug Abuse (NIDA), *Survey measurement of drug use, methodological studies*, US Departement of health and Human Services, 1992.

ØDEGÅRD (E.), *How the wording of questions can influence respondent's answers*, in Korf (D. J.), Riper (H.) (eds) *Illicit drugs in Europe*, Amsterdam, 1997.

PAGES (J. P.) *et al.*, *Stabilité des structures dans les enquêtes de suivi des opinions* (pages 451-473), in *La qualité de l'information dans les enquêtes*, Association pour la Statistique et ses Utilisations, Dunod, 1992.

PALLE (C.), COSTES (J.M.), *Drogues et toxicomanies : Indicateurs et tendances*, OFDT, 1999.

PARKER (H.), *Epidémies d'héroïne, carrières et réponses publiques au Royaume-Uni*, 1990-1998 (pages 47-62), *Les Cahiers de la Sécurité Intérieure*, n°32, 1998.

PARQUET (P.-J.), *Rapport pour une politique de prévention en matière de comportements de consommation de substances psychoactives*, Éditions CFES, 1997.

PERCHERON (A.) et PERRINEAU(P.), *Attitudes des Français à l'égard des problèmes de sécurité* (pages 17-52), *Les Cahiers de la Sécurité Intérieure*, n°1, 1990.

PERETTI-WATEL (P.), *Les représentations du risque*, thèse de doctorat, IEP Paris, 1999.

PETO (D.), REMY (J.), Van CAMPEHOUDT (L.) et HUBERT (M.), *Sida, l'amour face à la peur, les modes d'adaptation au risque du sida et les relations hétérosexuelles*, Éditions L'Harmattan, 1992.

RICHARD (D.), *L'épidémie au risque de la métaphore* (pages 104-107), *Traverses*, Revue du Centre de Création Industrielle, n°32 (*l'épidémie*), Editions de Minuit, 1984.

RICHARD-ZAPPELLA (J.), *Variations interrogatives dans la question du sondage*, *Mots*, n° 3, 1990.

RICHARD-ZAPPELLA (J.) (dir.), *Le questionnement social*, IRED, *Les cahiers de linguistique sociale*, n°28/29, 1996.

ROQUES (B.) (dir.), *Problèmes posés par la dangerosité des « drogues »* : Rapport du Professeur Roques au Secrétariat d'Etat à la santé, Paris, Odile Jacob / La Documentation française, 1998.

Secrétariat d'Etat à la santé, *Synthèse des 81 propositions issues des rencontres nationales sur l'abus des drogues et la toxicomanie des 12 et 13 décembre 1997*, 1998.

SPIRA (A.), BAJOS (N.) *et al.*, *Analysis of sexual behaviour in France. A comparison between two modes of investigation : telephone survey and face to face survey* (pages 315-323), *AIDS*, 6, 1992.

STEINER (J.-F.) et AULIARD (O.), *La sémiométrie : un outil de validation des réponses* (pages 225-252), dans l'ouvrage collectif *La qualité de l'information dans les enquêtes*, publication ENST, 1991.

TRAUTMANN (C.) (dir.), *Lutte contre la toxicomanie et le trafic de stupéfiants* : Rapport au 1er ministre présenté par C. Trautmann, La Documentation française, 1990.

ANNEXES

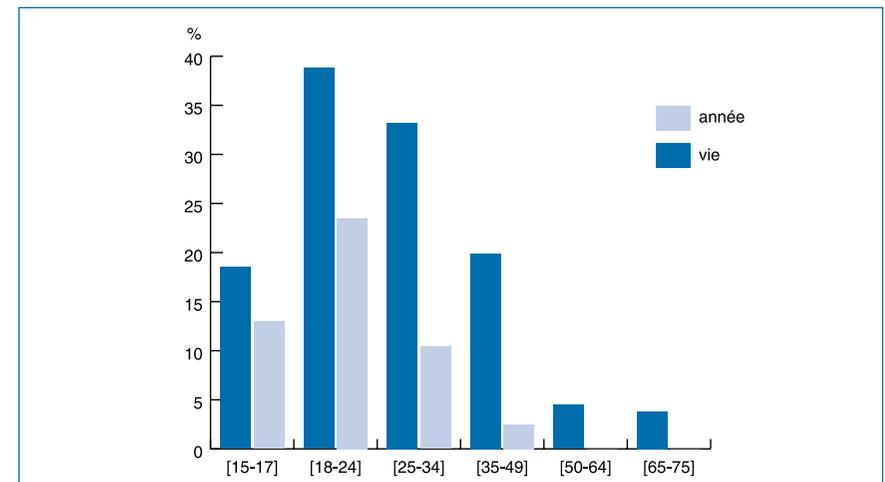
Quelques informations sur les niveaux et tendances de la consommation de drogues illicites

La consommation

Evolution depuis le début des années 1990

Parmi les 15-75 ans, 19,6 % ont déjà expérimenté le cannabis, un tiers d'entre eux en ayant consommé au cours des douze derniers mois (soit 6,4 % de l'échantillon). Ce sont en particulier des hommes, que ce soit pour l'expérimentation (27,4 % vs 12,0 % chez les femmes) ou l'usage récent (9,5 % vs 3,5 %) ⁹¹. Ces deux prévalences (au cours de la vie et de l'année) sont maximales pour les 18-24 ans.

Prévalences de l'usage de cannabis selon l'âge

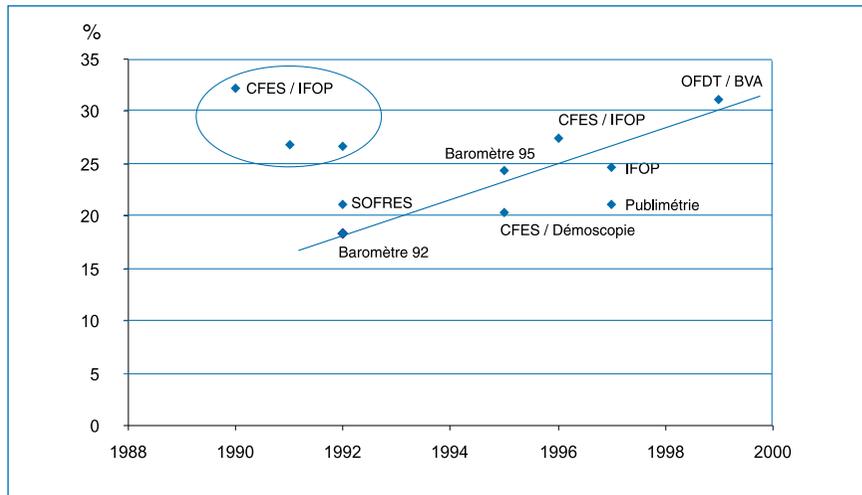


Source : OFDT 1999

91. La relation statistique entre chacun de ces usages et le sexe est significative à un seuil inférieur à 0,001. Notons que 0,3 % des enquêtés n'ont pas souhaité répondre à ces questions sur l'usage de cannabis.

Pour procéder à des comparaisons avec d'autres enquêtes, il importe de recalculer ces prévalences sur la tranche d'âge commune à toutes les enquêtes françaises récentes portant sur les « jeunes adultes » : les 18-44 ans. Pour cette catégorie, la prévalence de la consommation de cannabis au cours de la vie atteint 31,1 % (intervalle de confiance à 95 % : [29,1 % ; 33,1 %]), et la prévalence au cours de l'année 10,7 % (intervalle de confiance à 95 % : [9,3 % ; 12,1 %]). Le graphique ci-dessous visualise les résultats de différentes enquêtes menées dans les années 1990 concernant l'expérimentation du cannabis.

Prévalence de la consommation de cannabis au cours de la vie pour les 18-44 ans



Source : OFDT 1999

Dans le cercle figurent les enquêtes conduites en face à face avec échantillonnage par quotas⁹², toutes les autres ayant été menées par téléphone. Cette distinction méthodologique nous a conduit à exclure ces trois points du nuage pour tracer la droite de régression. Celle-ci figure une nette tendance à la hausse sur la période 1992-1999 (1,35 % d'augmentation en moyenne annuelle ; $r^2 = 0,64$).

92. S'il est difficile de mesurer à quel point le contexte, le mode de collecte et d'autres facteurs méthodologiques ont pu influencer cette tendance, la cause la plus probable reste le biais d'échantillonnage lié à la méthode des quotas dans le cadre d'une enquête en face à face, qui a conduit les enquêteurs à contacter une population anormalement concernée en comparaison de celle qu'un échantillonnage aléatoire aurait pu fournir.

Pour les autres substances illicites, la prévalence au cours de la vie atteint 5,2 % des 18-44 ans (et 0,7 % au cours de l'année). Le tableau ci-dessous donne le détail par substance. Seuls la cocaïne, le LSD, l'ecstasy et les champignons hallucinogènes ont une prévalence supérieure à 1 %.

Prévalence d'autres substances illicites au cours de la vie pour les 18-44 ans

Cocaïne	2,1 %
LSD	1,8 %
Ecstasy	1,2 %
Champignons hallucinogènes	1,2 %
Produits à inhaler	0,7 %
Héroïne	0,7 %
Opium, morphine	0,5 %
Amphétamines	0,3 %
Autres	0,4 %
NSP	0,6 %

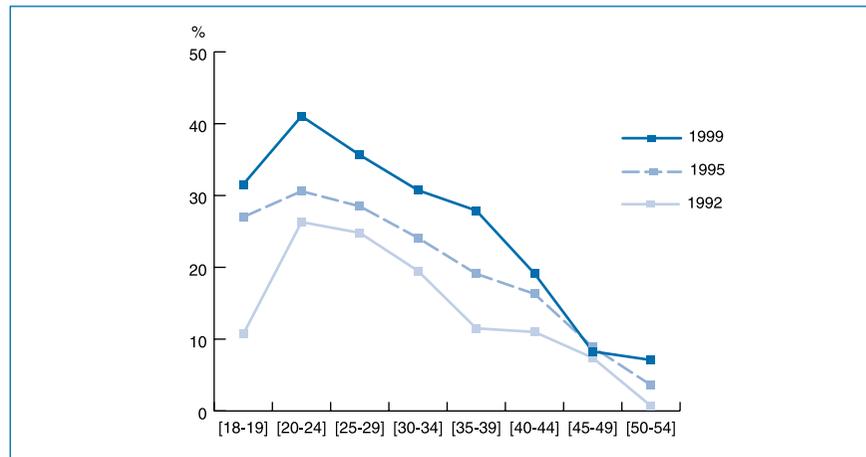
Source : OFDT 1999

Banalisation de l'usage déclaré de cannabis : effet âge et effet génération

Les baromètres santé se sont déroulés aux mois de décembre 1992 et 1995, alors que l'enquête OFDT a été menée en mars 1999. Les intervalles sont donc d'environ 3 ans entre ces enquêtes. La prévalence au cours de la vie est une mesure de stock alors que celle au cours des 12 derniers mois est une mesure de flux. En toute rigueur, la comparaison de ces enquêtes ne permet pas de dissocier les effets entremêlés de l'âge et de la génération. D'une part les générations interrogées se chevauchent largement d'une enquête à l'autre, d'autre part il ne s'agit pas d'enquêtes longitudinales. Sur les graphiques qui suivent, l'écart entre les courbes mesure plutôt l'effet

génération, l'allure générale de chaque courbe traduisant davantage l'effet âge (avec un bémol pour le graphique ci-dessous, qui mesure des « stocks », donc plutôt des effets générations). Les courbes ont des formes très similaires (graphique A.3) : quelle que soit la génération interrogée, l'évolution selon l'âge est la même, avec un pic entre 20 et 24 ans puis une baisse continue. L'effet génération est surtout sensible pour les 18-19 ans entre 1992 et 1995 et pour les 18-24 ans entre 1995 et 1999 (s'atténuant ensuite progressivement avec l'âge).

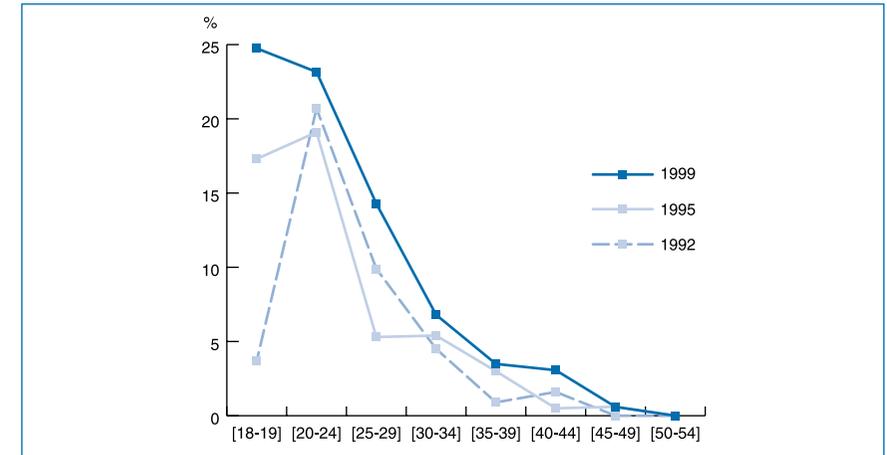
Evolution de la prévalence de l'usage de cannabis au cours de la vie selon l'âge



Sources :CFES 1992 et 1995, OFDT 1999

L'étude de la consommation au cours des douze derniers mois confirme la force de l'effet génération pour les 18-19 ans (graphique ci-contre). Cet effet génération s'estompe au-delà de 30 ans, et disparaît totalement à partir de 45 ans environ. L'augmentation de la consommation de cannabis au cours des années 1990 est donc modulée selon les catégories d'âge : l'effet génération semble se calquer sur l'effet âge.

Evolution de la prévalence de l'usage de cannabis au cours de l'année selon l'âge.



Sources :CFES 1992 et 1995, OFDT 1999

Chez les 15-19 ans

Les chiffres les plus récents sur les usages de substances psychoactives illicites obtenus par une enquête en population générale menée par téléphone sont ceux du baromètre santé jeunes (CFES, décembre 1997). Cette enquête portait sur les 15-19 ans, tranche sur laquelle on peut observer si les ordres de grandeur des prévalences sont concordants entre les deux enquêtes.

Usage de cannabis chez les 15-19 ans, intervalles de confiance à 99 %

	15 - 19 ans	Prévalence vie	Prévalence année
CFES 1997	n = 2675	28,2 % [26 - 30,4]	22,8 % [20,7 - 24,9]
OFDT 1999	n = 169	23,0 % [14,8 - 31,2]	17,3 % [9,8 - 24,8]

Sources :CFES 1997, OFDT 1999

La petite taille d'échantillon pour la tranche 15-19 ans (n=169) conduit à des intervalles de confiance très larges pour 1999. Il n'y a pas contradiction entre les deux enquêtes et on ne peut conclure à aucune tendance, dans la mesure où les prévalences au cours de l'année comme au cours de la vie ne sont pas significativement différentes au seuil de 1 % (ni même au seuil de 5 %). Quoi qu'il en soit, les méthodologies mises en œuvre auraient pu conduire à des résultats discordants, comme par exemple une baisse significative, contraire aux tendances relevées dans des enquêtes récentes (cf. Ballion, 1999 ; De Peretti, Lesellbaum, 1999 ; Beck, 1999b), puisqu'il est vraisemblable que, dans le cadre d'une enquête téléphonique, la méthode des quotas sous estime le niveau de consommation des substances illicites, les jeunes souvent absents de leur domicile ayant une probabilité moins forte d'être interrogés que les autres.

L'absence d'effet enquêteur sur les déclarations d'usage de cannabis

Il est courant de penser que l'enquêteur, par la qualité du contact qu'il entretient avec la personne interrogée, peut influencer la réponse à des questions sensibles telles que celles sur l'usage de cannabis. Au vu des résultats, il n'y a pas de lien⁹³ entre la prévalence au cours de la vie et l'enquêteur. On constate qu'un seul enquêteur obtient une prévalence inférieure à 14 %, et deux seulement une prévalence supérieure à 30 %. En ajustant par le sexe et l'âge, la faible prévalence s'explique par la forte proportion de femmes (70 %) et de 50 ans et plus (53 % vs 33 %) parmi les individus interrogés par cet enquêteur. Réciproquement, les deux enquêteurs relevant des prévalences de 31 % et 41 % ont interrogé en majorité des individus plus jeunes. Ces prévalences sont donc expliquées par le fait que les enquêteurs en question sont tombés par hasard sur des individus ayant une plus ou moins forte probabilité d'avoir été expérimentateurs de cannabis. Plus globalement, ni l'âge ni le sexe de l'enquêteur n'ont d'influence significative sur les déclarations de consommation (les enquêtrices relevant une prévalence de 19,7 % contre 19,5 % pour les enquêteurs masculins). A priori, le recours à des enquêteurs jeunes ne génère donc pas de sur-déclaration et n'apparaît pas non plus être une condition nécessaire au bon déroulement de ce type de questionnement.

Informations complémentaires sur la familiarité avec les produits

Les questions relatives à la proposition ou à la présence d'un consommateur dans l'entourage peuvent être porteuses d'une information supplémentaire

⁹³ $\chi^2 = 40,93$; $p = 0,16$.

par rapport au déclaratif sur les consommations pour mesurer le niveau de diffusion des différentes substances.

Proposition de drogues

39,8 % des individus interrogés se sont déjà vu proposer du cannabis et 15,5 % une autre substance illicite, la plupart de ces derniers (95 %) ayant déjà également reçu une proposition de cannabis.

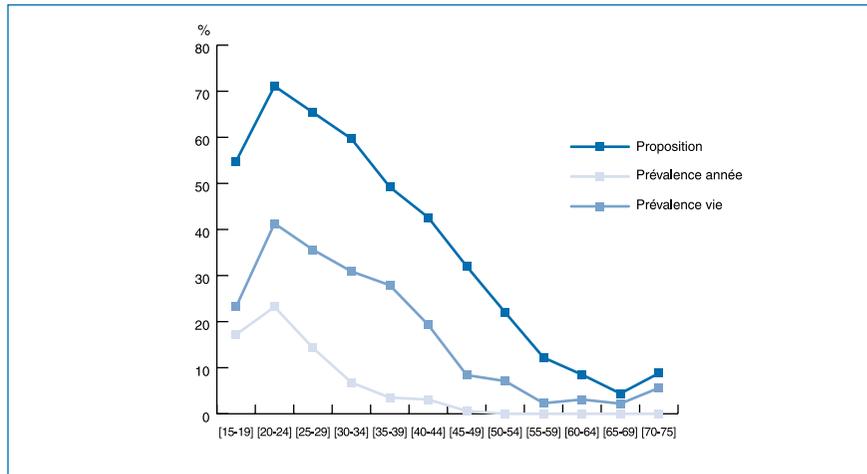
Propositions de substances illicites par produits

cannabis	39,8 %
cocaïne	4,0 %
ecstasy	2,9 %
héroïne	2,7 %
LSD	2,1 %
crack	0,6 %
champignons hallucinogènes	0,5 %
des médicaments	0,2 %
amphétamines	0,1 %
autres	1,6 %
ne sait pas	5,7 %

Source : OFDT 1999

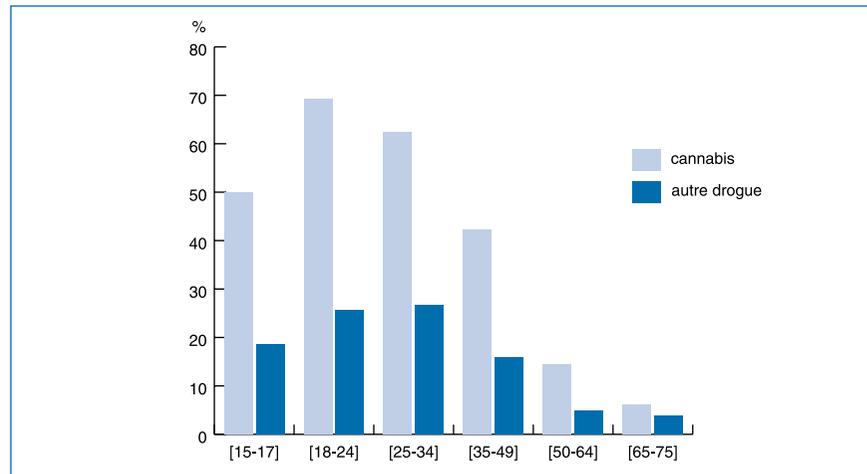
Ces chiffres sont plus faibles que ceux du baromètre santé 1995, mais cette question n'est pas comparable à celles posées dans des enquêtes plus anciennes pour lesquelles une liste de substances était énoncée. Ici, c'est à l'enquêté de dire la (ou les) substance(s) qu'il s'est vu proposer, sans liste, ce qui explique le fort pourcentage de « Ne sait pas ». On constate par ailleurs que les individus qui se sont vu proposer de la drogue ont un profil socio-démographique particulier, très proche du profil des consommateurs : ils sont plus jeunes, ce sont plus souvent des hommes (50,5 % pour les hommes vs 29,6 % pour les femmes), avec un niveau de diplôme élevé.

Proposition, expérimentation et usage récent de cannabis selon l'âge



Source : OFDT 1999

Proposition de cannabis ou d'une autre drogue selon l'âge



Source : OFDT 1999

Par rapport aux autres enquêtes menées dans les années 1990, le nombre d'individus s'étant vu proposer du cannabis est nettement plus important⁹⁴ en 1999. En se cantonnant à la tranche d'âge commune des jeunes adultes (18-49 ans, cf. tableau ci-dessous), on voit apparaître une tendance à la baisse entre 1990 et 1995, qui n'est contestée que par les chiffres du baromètre santé 1992. Cette tendance semble paradoxale au regard de la banalisation du cannabis au cours des années 1990, particulièrement sur ce sujet où la formulation de la question a vraisemblablement moins de poids qu'elle ne peut en avoir sur les questions d'opinion. On peut émettre l'hypothèse d'une cause méthodologique déjà évoquée pour les usages. Les enquêtes IFOP-CFES de 1990, 1991 et 1992 reposent sur des échantillons déclarant de fortes prévalences de consommation et des taux importants de proximité avec les usagers et les produits et qui ne sont pas forcément comparables aux résultats des autres enquêtes. La hausse très significative entre 1995 et 1999 peut également être due, mais pour une part seulement, au contexte de l'enquête de 1999 qui porte quasi exclusivement sur les drogues et qui peut donc inciter des répondants n'ayant jamais eu de contact avec le cannabis à répondre par l'affirmative à cette question afin de légitimer l'ensemble de leurs réponses.

Proposition de cannabis aux jeunes adultes (18-49 ans)

IFOP - CFES			SOFRES	Baromètre santé		OFDT
...1990	...1991	...1992	1992	1992	1995	1999
43 %	38 %	38 %	31 %	36 %	32 %	54 %

Sources : CFES, SOFRES 1992, OFDT 1999

Connaissance d'un usager dans l'entourage

Plus du tiers des enquêtés (35,8 %) connaissent personnellement un consommateur de cannabis, la proportion étant beaucoup plus faible pour les usagers connus non personnellement (sans doute parce qu'il s'agit d'une information dont on ne dispose que pour des proches). La connaissance personnelle d'un usager d'une autre drogue est beaucoup plus rare (13,3 %).

94. En 1999, contrairement aux enquêtes précédentes, on a considéré que les expérimentateurs de cannabis s'en étaient forcément vu proposer au moins une fois, ainsi la question de la proposition n'a-t-elle été posée qu'aux autres, ce qui peut expliquer une très légère surestimation, les individus en ayant consommé sans s'en être vu proposer étant très rares.

Les hommes sont significativement plus nombreux à connaître personnellement des usagers de cannabis, le sexe n'ayant en revanche pas d'influence significative sur les connaissances non personnelles ou pour les autres drogues.

Quelques répondants ont hésité, soit parce qu'ils avaient connu un usager par le passé, soit parce qu'ils connaissaient un usager très occasionnel. Consigne avait été donnée aux enquêteurs de considérer cette réponse comme positive dans les deux cas⁹⁵. On remarquera que la proportion d'enquêtés connaissant un usager baisse avec l'âge pour le cannabis comme pour les autres substances, cette baisse étant continue pour la connaissance non personnelle et marquée par un pic à 18-24 ans pour la connaissance personnelle. Sans doute l'effet âge est-il plus prégnant pour cette dernière, la notion de connaissance personnelle supposant une certaine actualité du lien entre deux personnes.

Connaissance d'un usager de produit illicite (% en ligne)

	Connaissance d'un usager de cannabis		Connaissance d'un usager d'autres drogues	
	Personnellement	Pas personnellement	Personnellement	Pas personnellement
Homme	41,3 %	6,4 %	14,6 %	4,1 %
Femme	30,6 %	6,9 %	12,1 %	4,3 %
15 - 17 ans	54 %	12 %	18,5 %	8 %
18 - 24 ans	61 %	10 %	23 %	6 %
25 - 34 ans	50 %	7 %	14 %	5 %
35 - 49 ans	37 %	6 %	15 %	4 %
50 - 64 ans	18 %	5 %	9 %	3 %
65 - 75 ans	9 %	5 %	3 %	2 %
Total	35,8 %	6,6 %	13,3 %	4,2 %

Source : OFDT 1999

95. Les consignes dictées au niveau européen seraient plutôt de ne plus retenir désormais les individus ayant connu un usager par le passé.

Lexique

- ACM : Analyse des Correspondances Multiples
- ACP : Analyse en Composantes Principales
- ACSF : Analyse des Comportements Sexuels en France
- ACSJ : Analyse des Comportements Sexuels chez les Jeunes
- BVA : Brulé-Ville Associés (institut de sondage)
- CADIS : Centre d'Analyse et d'Interventions Sociologiques
- CAPI : Computer Assisted Personal Interview
- CATI : Collecte Assistée par Téléphone et Informatique
- CFES : Comité Français d'Éducation pour la Santé
- CNID : Comité National d'Information sur la Drogue.
- CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
- CNRS : Centre National de la Recherche Scientifique
- CREDES : Centre de Recherche d'Étude et de Documentation en Économie de la Santé
- CREDOC : Centre de Recherche pour l'Étude et l'Observation des Conditions de vie
- CSI : Centre de Sociologie de l'Innovation
- DCSSA : Direction Centrale du Service de Santé des Armées
- DIS : Drogues Info Service
- DREES : Direction de la Recherche, de l'Évaluation et des Études Statistiques
- ENSAE : École Nationale de la Statistique et de l'Administration Économique
- ENSAI : École Nationale de la Statistique et de l'Analyse de l'Information
- ESPAD : European School Survey on Alcohol and Other Drugs
- IFOP : Institut Français d'Opinion Publique
- INED : Institut National des Études Démographiques

INRP : Institut National de la Recherche Pédagogique
 INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Economiques
 INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
 IRED : Institut de Recherche Et de Documentation en sciences sociales
 IREP : Institut de Recherche en Épidémiologie de la pharmacodépendance
 MILDT : Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et les Toxicomanies
 NIDA : National Institute on Drug Abuse (Etats-Unis)
 NSP : Ne Sait Pas
 NVPD : Ne Veut Pas Dire
 O+S : Onderzoek en Statistiek (Pays-Bas)
 OMS : Organisation Mondiale de la Santé
 ORS : Observatoires Régionaux de Santé
 SESI : Service des Statistiques, des Études et des Systèmes d'Information du Ministère des Affaires sociales et de l'Emploi
 SOFRES : Société Française d'Enquêtes et de Sondages
 SAS : Statistical Analysis System
 SPAD : Système Pour l'Analyse des Données
 SPSS : Statistical Package for Social Sciences

Plan de code

Q 83 : Quelles sont les drogues que vous connaissez ne serait-ce que de nom ?

Cette question avait été précodée, c'est à dire qu'une liste de 17 produits courants⁹⁶ permettait à l'enquêteur de cocher simplement au lieu de saisir à l'écran le nom du produit, comme ce fut le cas lorsque le répondant donnait un nom plus « inattendu ». Un certain nombre de produits ont néanmoins été saisis en clair alors qu'ils faisaient partie de la liste des produits précodés.

L'orthographe des produits apparaît telle qu'elle a été saisie par l'enquêteur.

1) Ensemble des produits cités par les enquêtés qui correspondent à un des 17 produits précodés.

Produits précodés	Formulations à recoder
Alcool	Boisson ; l'alcool ; pinard ; vin
Amphétamines	Emphétamines ; speed ; MDA
Café	Caféine
Cannabis	Cannabis ; Chanvre ; chanvre indien ; kif ; kis ; cana ; huile ; huile de cannabis ; huile de marijuana ; Chambre ; chamvre
Cocaïne	Cocaine ; cocke ; coke ; cock ; coca ; la coc ; de la coco ; caiine, ligne
Crack	Crack ; Cracc ; le crash
Ecstasy	Ecstasy ; Exstasy ; exta ; MDMA ; la stasy ; de l'ecsta
Haschisch	Hakik ; ash ; hash ; hach ; hasch ; hasc ; hachi ; hashishe ; H ; h ; hachis ; chichon ; Barette ; bvarrette ; pollen ; résine de cannabis ; le noir ; libanais noir
Héroïne	Héroïne ; Héro ; horse ; blanche ; brown sugar ; browne ; bron ; camme ; came
LSD	LSD ; MSD ; SDL ; LDS ; LSV ; LZT
Marijuana	Marijuana ; Marijeanne ; marijane ; marihuana ; herbe ; les herbes ; lherbe ; beuh ; beu ; ganga ; gandja ; ganja
Les médicaments	Substances médicamenteuses
Certains médicaments	Médicaments à base de pénicilline ; antibiotiques ; médicaments mal utilisés + voir 2 ^e tableau
Morphine	Morphinique
Opium	Opium
Shit	Shit ; Chite ; Teuch ; Tech ; Teschi ; Chichon
Tabac	Tabac ; Cigarette ; nicotine ; shique ; pipe ; clopes ; les gauloises

96. Liste obtenue grâce aux différents tests de l'enquête

2) Ensemble des produits cités par les enquêtés qui ne correspondent pas forcément à un des produits précodés.

On a convenu de créer une nouvelle catégorie dès que le nombre des citations dépassait 20 (soit environ 1 % de l'ensemble des répondants). Les nouvelles catégories sont ainsi : Acides, Solvants, Joint, Dopant, Champignons hallucinogènes, Colle, Nouvelles drogues de synthèse, Autres opiacés. Elles apparaissent en gras dans le tableau suivant.

Lecture du tableau :

La première colonne donne le nom générique sous lequel ont été regroupées différentes substances dont les formulations (telles qu'elles ont été relevées par les enquêteurs) apparaissent à la 3^e colonne. La 2^e colonne repère le nombre de personnes ayant cité le produit en question et la 4^e la catégorie dans laquelle il a été recodé. En gras figurent les produits inconnus ou difficiles à classer (qui sont presque toujours dans « Autres »).

1	2	3	4
Ensemble des produits	Nb	Formulations utilisées	Recodé dans :
AC	1	AC ⁹⁷	Autres
Acides	38	Acides	Acides
Air sec	1	Air sec	Solvants
Amalgames chimiques	1	Amalgames chimiques	Autres
Amour	1	Amour	Autres
Anabolisants	7	Anabolisants	Dopant
Anesthésique	3	Anesthésique, Anasstasise, nastasi	Certains médicaments
Antidépresseurs	9	Antidépresseurs	Certains médicaments
Anxiolitiques	4	Anxiolitiques	Certains médicaments
Argent	1	Argent	Autres
Barbituriques	4	Barbituriques	Certains médicaments
Blanche	1	Blanche	Héroïne
Betel	1	Betel ⁹⁸	Autres
Bêtise	1	Bêtise	Autres
Brown sugar	4	Brown sugar, browne, bron	Héroïne
BVD	1	BVD	Autres
Cachets	35	Petites pilules roses, comprimés, cachetons, les fameuses pilules, les pilules que les gens prennent maintenant, petites pilules qu'on trouve dans les discothèques, pastilles, petits cachets, cachets dont je sais plus le nom, des petits trucs blancs	Nouvelles drogues de synthèses
Caféine	6	Caféine	Café
Calmant	4	Calmant	Certains médicaments
Came	8	Camme, came	Héroïne
Champignons hallucinogènes	20	Champignons hallucinogènes, Champignons mexicains hallucinogènes, Champi, Champi hallu	Champignons hallucinogènes
Chocolat	3	chocolat	Autres
Coclicot	1	Coclicot	Autres
Codéine	5	Dérivés codéine, Néocodion	Autres opiacés
Colle	25	Colle à rustine, Colarucine, colle à vélo	Colle
Cristal	1	Cristal	Amphétamines
Dessert	1	Dessert	Autres
DHP	1	DHP	Nouvelles drogues de synthèse

97. Ne sachant si c'est « Ice » ou « CC » (pour cocaïne), AC a été codé dans « Autres ».

98. Plante stimulante

1	2	3	4
Ensemble des produits	Nb	Formulations utilisées	Recodé dans :
Diluant	1	Diluant	Solvants
Dopant	9	Dopage, produit de dopage, dopant, drogue pour les coureurs, ce que prennent les cyclistes, ce que prennent les coureurs pour le dopage, corticoïdes, hormones synthétiques	Dopant
Drogues douces	7	Drogues douces	Autres
Drogues dures	10	Drogues dures, grosses drogues	Autres
DS	1	DS	Autres
Eau écarlate	1	Eau écarlate	Solvants
EPO	11	EPO	Dopant
Essence	4	Essence	Solvants
Éther	11	Éther Chardronin	Solvants
<i>Euthanasie</i>	1	<i>Euthanasie, Euthanasia</i>	Autres
Excitants	2	Excitants	Certains médicaments
Foin	1	Foin	Autres
Fréon	1	Fréon	Solvants
GBD	1	GBD	Nouvelles drogues de synthèse
GHB	6	GHB, G x quelque chose, gerbe, GBH, GBD	Nouvelles drogues de synthèse
GPH	1	GPH	Autres
Haja	1	Haja	Autres
Hallucinogènes	1	Hallucinogènes	Autres
Huile	5	Huile, Huile de cannabis, Huile de marijuana	Cannabis
Informatique	1	Informatique	Autres
Insuline	1	Insuline	Autres
Joint	60	Pétard, beuze, jopints, joit, join, les petits joints	Joint
Kat	2	Cat, Quat	Autres
Kétamine	2	Cetamine, ketalmine	Nouvelles drogues de synthèse
Kif	6	Kif, kis	Cannabis
Lexomil	1	Lexo mil	Certains médicaments

1	2	3	4
Ensemble des produits	Nb	Formulations utilisées	Recodé dans :
Ligne	1	Ligne	Cocaïne
LZT	1	LZT	LSD ?
MDA	1	MDA	Ecstasy
MDMA	1	MDMA	Ecstasy
Médicaments pour les nerfs	1	Médicaments pour les nerfs	Certains médicaments
Mescaline	4	Mescaline, payote, peyolt	Autres
Méthadone	6	Méthadone, Mathédone	Autres opiacés
Narcotiques	1	Narcotiques	Certains médicaments
Neuroleptiques	5	Neuroleptiques	Certains médicaments
Nourriture	1	Nourriture	Autres
Nouvelles drogues de synthèses	19	La nouvelle drogue qu'ils ont sorti pour les femmes, la dernière pilule qui est mortelle, petit cachet synthétique importé des USA qui fait des ravages, nouvelle drogue chimique, nouvelle drogue pire encore, nouvelle drogue gélule, drogue de synthèse récente, drogue de synthèse hallucinogène, ecstasy dérivés, pastilles chimiques, nouvelle substance dont je ne connais pas le nom, drogue chimique dont j'ai oublié le nom	Nouvelles drogues de synthèse
Nicotine	6	Nicotine	Tabac
Opiacés	2	Opiacés	Autres opiacés
Opinion politique	1	Opinion politique	Autres
Overdose	1	Overdos	Autres
Patchouli	1	Patchouli	Autres
Pavot	13	Pavot, Bavot	Autres opiacés
PCP	3	PCP	Nouvelles drogues de synthèse
Pelure de banane grillée	1	Pelure de banane grillée	Autres
Pénicilline	1	Pénicilline	Certains médicaments
Perchloréthylène	1	Perchloréthylène	Solvants
Plantes	1	Plantes	Autres
Poppers	5	Poppers, peperses	Solvants

1	2	3	4
Ensemble des produits	Nb	Formulations utilisées	Recodé dans :
Poudre	19	Des drogues à poudre, poudre blanche	Autres
Poudre d'ange	1	Poudre d'ange	Nouvelles drogues de synthèse
Prozac	2	PRO ZAC	Certains médicaments
Psychotropes	1	Psychotropes quelconques	Autres
Religion	1	Religion	Autres
Rohypnol	1	Rohypnol	Certains médicaments
SDS	1	SDS	Autres
Sédatifs	2	Sédatifs	Certains médicaments
Seringues	13	Seringues, piqûres, les drogues par la piqûre, ceux qui font des piqûres, picures, shoot, ce qu'on s'injecte avec une seringue, piqûre intraveineuse, piqûres pour la drogue	Autres
Sniff	1	Ce qui se sniffe	Autres
Somnifères	5	Somnifères	Certains médicaments
Spécial K	1	Spécial K	Nouvelles drogues de synthèse
Speed	5	Speed, amphétamines	Amphétamines
Strychnine	1	Strikine	Autres
Stupéfiants	1	Stupéfiants	Autres
Substitution	1	Substitution	Autres
Subtilisant	1	Subtilisant	Autres
Subutex	3	Subutex	Autres opiacés
Teuch ?	1	Tache	Autres
Tamian	1	Tamian	Cannabis
Téléphone	1	Téléphone	Autres
Télévision	9	Télévision	Autres
Thé	1	Thé	Autres
Tianga	1	Tianga	Autres
Tout peut être une drogue	1	Tout peut être une drogue	Autres
Toxine	1	Toxine, Produit toxique	Autres

Questionnaire de l'enquête et tris à plat

Lecture du questionnaire (hormis les pourcentages, tout ce qui suit était affiché sur l'écran de l'enquêteur) :

- en gras, figurent les questions et tout ce que doivent dire les enquêteurs
- en souligné figurent les mots sur lesquels il convient d'insister
- en italique figurent les instructions aux enquêteurs

NB : La taille de l'agglomération et la région sont récupérées grâce au numéro de téléphone. Les numéros des questions correspondent au programme CATI utilisé par l'institut de sondage, ce qui explique les « trous » dans la numérotation.

Les pourcentages présentés ici sont redressés.

HEURE DE DÉBUT du questionnaire : [] h []

1) CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES

Habitat :

Communes rurales	25,6 %
[2 000 - 20 000 habitants]	15,7 %
[20 000 - 100 000 habitants]	12,2 %
[100 000 - 200 000 habitants]	7,0 %
[200 000 habitants et +]	21,9 %
Agglomération parisienne	17,5 %

Nous allons commencer par quelques questions sur votre situation familiale et professionnelle :

Q40) Sexe

- | | | |
|----------------------------|--------------|-------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | Homme | 49 % |
| 2 <input type="checkbox"/> | Femme | 51 % |

Q41) Quel est votre âge ?

[15-17]	5,4 %
[18-24]	12,5 %
[25-34]	19,7 %
[35-49]	29,4 %
[50-64]	20,0 %
[65-75]	13,0 %

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

1 <input type="checkbox"/>	Agriculteur	2,4 %
2 <input type="checkbox"/>	Artisan, commerçant	5,3 %
3 <input type="checkbox"/>	Chef d'entreprise	1,3 %
4 <input type="checkbox"/>	Profession libérale	0,9 %
5 <input type="checkbox"/>	Professeur	3,2 %
6 <input type="checkbox"/>	Cadre	7,3 %
7 <input type="checkbox"/>	Prof. intermédiaire	13,8 %
8 <input type="checkbox"/>	Instituteur	1,2 %
9 <input type="checkbox"/>	Employé	9,6 %
10 <input type="checkbox"/>	Personnel service	1,3 %
11 <input type="checkbox"/>	Ouvrier	25,1 %
12 <input type="checkbox"/>	Retraité	23,0 %
13 <input type="checkbox"/>	Élève, étudiant	3,3 %
14 <input type="checkbox"/>	Autres inactifs	2,4 %

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

1 <input type="checkbox"/>	Salarié du public	25,1 %
2 <input type="checkbox"/>	Salarié du privé	34,9 %
3 <input type="checkbox"/>	Indépendant	9,2 %
4 <input type="checkbox"/>	Étudiant	3,0 %
5 <input type="checkbox"/>	Chômeur	2,7 %
6 <input type="checkbox"/>	Autres inactifs	24,7 %
7 <input type="checkbox"/>	Ne sait pas	0,4 %
8 <input type="checkbox"/>	Ne veut pas dire	

Q48) Êtes-vous le chef de ménage ?

1 <input type="checkbox"/>	Oui	55,6 %
2 <input type="checkbox"/>	Non	44,4 %

Q49) De qui s'agit-il ?

1 <input type="checkbox"/>	Votre conjoint	28,9 %
2 <input type="checkbox"/>	Votre père	11,8 %
3 <input type="checkbox"/>	Votre mère	01,9 %
4 <input type="checkbox"/>	Une autre personne	00,9 %

Q51) Quelle est votre profession (la fonction exacte) ? _____

1 <input type="checkbox"/>	Agriculteur	1,1 %
2 <input type="checkbox"/>	Artisan, commerçant	2,2 %
3 <input type="checkbox"/>	Chef d'entreprise	0,5 %
4 <input type="checkbox"/>	Profession libérale	0,6 %
5 <input type="checkbox"/>	Professeur	2,4 %
6 <input type="checkbox"/>	Cadre	4,8 %
7 <input type="checkbox"/>	Prof. intermédiaire	13,7 %
8 <input type="checkbox"/>	Instituteur	1,4 %
9 <input type="checkbox"/>	Employé	14,7 %
10 <input type="checkbox"/>	Personnel service	1,6 %
11 <input type="checkbox"/>	Ouvrier	15,7 %
12 <input type="checkbox"/>	Retraité	18,6 %
13 <input type="checkbox"/>	Élève, étudiant	13,8 %
14 <input type="checkbox"/>	Autres inactifs	9,2 %

Q53) Quel est votre statut d'activité (actuel) ?

1 <input type="checkbox"/>	Salarié du public	21,3 %
2 <input type="checkbox"/>	Salarié du privé	27,9 %
3 <input type="checkbox"/>	Indépendant	4,0 %
4 <input type="checkbox"/>	Étudiant	10,9 %
5 <input type="checkbox"/>	Chômeur	4,9 %
6 <input type="checkbox"/>	Autres inactifs	0,7 %
7 <input type="checkbox"/>	Ne sait pas	0,2 %
8 <input type="checkbox"/>	Ne veut pas dire	

Q54) Quel est le diplôme le plus élevé que vous ayez obtenu ?

1 <input type="checkbox"/>	Aucun	9,4 %
2 <input type="checkbox"/>	Certificat d'études	10,5 %
3 <input type="checkbox"/>	CAP	16,9 %
4 <input type="checkbox"/>	BEPC	10,5 %

5 <input type="checkbox"/>	BEP	9,3 %
6 <input type="checkbox"/>	Bac pro	6,9 %
7 <input type="checkbox"/>	Bac général	10,9 %
8 <input type="checkbox"/>	Bac + 2	10,3 %
9 <input type="checkbox"/>	Bac + 3 et +	14,8 %
10 <input type="checkbox"/>	Autre	0,2 %
11 <input type="checkbox"/>	Ne sait pas	0,3 %
12 <input type="checkbox"/>	Ne veut pas dire	0,2 %

Q56) Combien avez-vous d'enfants de moins de 18 ans, y compris hors du foyer ? ____

Q57) Comment se compose votre foyer ?

1 <input type="checkbox"/>	seul(e) sans enfants	22,1 %
2 <input type="checkbox"/>	un couple sans enfants	23,9 %
3 <input type="checkbox"/>	une personne seule avec un ou des enfant(s)	6,9 %
4 <input type="checkbox"/>	un couple avec un ou des enfant(s)	45,3 %
5 <input type="checkbox"/>	autre précisez.....	1,9 %
8 <input type="checkbox"/>	Ne veut pas dire	0,1 %

Q59) Quelle est votre statut matrimonial légal ?

1 <input type="checkbox"/>	Célibataire	36,1 %
2 <input type="checkbox"/>	Marié(e) pour la première fois	49,3 %
3 <input type="checkbox"/>	Remarié(e) après un divorce ou un veuvage	2,1 %
4 <input type="checkbox"/>	Veuf(ve)	5,6 %
5 <input type="checkbox"/>	Divorcé(e)	6,8 %
6 <input type="checkbox"/>	autre précisez.....	
7 <input type="checkbox"/>	Ne veut pas dire	

Il n'est pas nécessaire d'énumérer les modalités. Selon l'item, il peut être demandé une précision. En cas d'hésitation, c'est le statut légal qu'on veut ici, donc le concubinage ne doit pas figurer dans « autre ».

Q61) Dans quel type d'habitation vivez-vous ?

1 <input type="checkbox"/>	Un appartement dans un immeuble d'une cité ou d'un grand ensemble	12,2 %
2 <input type="checkbox"/>	Un appartement dans une immeuble en ville (autre que cité ou grand ensemble)	26,5 %
3 <input type="checkbox"/>	Une maison individuelle, pavillon ou villa en ville ou village	51,1 %

4 <input type="checkbox"/>	Une maison individuelle isolée (villa, ferme...)	9,5 %
5 <input type="checkbox"/>	Autre, précisez.....	0,5 %
6 <input type="checkbox"/>	Ne sait pas	0,1 %
7 <input type="checkbox"/>	Ne veut pas dire	0,1 %

Cette question est posée en deux temps car les modalités sont longues (appartement ou maison dans un premier temps).

Q67) Votre ménage est-il propriétaire de ce logement ?⁹⁹

1 <input type="checkbox"/>	Oui	58,0 %
2 <input type="checkbox"/>	Non	41,8 %
8 <input type="checkbox"/>	Ne sait pas	0,1 %
9 <input type="checkbox"/>	Non-réponse	0,1 %

La question porte bien sur le ménage, au cas où l'interviewé ne serait pas la personne de référence. La question est adaptée pour les personnes seules (êtes-vous propriétaire ?).

1 bis) QUESTIONS GÉNÉRALES D'ATTITUDE

Ces questions doivent être posées dans un ordre aléatoire.

Q78) Nous allons maintenant évoquer votre opinion sur des questions générales :

Pour chacune des opinions suivantes, dites-moi si vous êtes :

- 1 - tout à fait d'accord**
- 2 - plutôt d'accord**
- 3 - plutôt pas d'accord**
- 4 - pas d'accord du tout**
- 8 – Ne sait pas
- 9 – Ne veut pas dire

Il ne doit pas être utile de répéter ici les 4 modalités à chaque fois, il suffit de le faire toutes les 3 ou 4 propositions.

N.B. : il est important de les répéter pour l'item « On ne se sent pas en sécurité de nos jours », car cette proposition négative peut générer des confusions dans les réponses.

Ces questions servent à construire le référentiel Agoramétrie. Elles sont un peu fortes dans leur formulation, ce qui doit permettre aux suivantes de mieux passer.

99. Si l'enquêté a entre 15 et 17 ans, lui poser la question : « Habitez-vous dans un logement en location ? »

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	NSP	Non-réponse
A. L'accès aux soins doit être gratuit pour tous	51,7	35,7	7,4	4,4	0,7	0,2
B. Les graffitis et les tags, c'est de l'art	6,4	21,1	25,4	43,6	3,5	0,1
C. Dans une société, il faut une hiérarchie et des chefs	45,8	42,9	6,3	3,8	0,9	0,2
D. On peut avoir confiance en la justice	11,4	42,2	29,9	14,1	2,0	0,4
E. Les contrôles d'identités sont indispensables	48,9	31,9	13,6	5,0	0,4	0,1
F. Les homosexuels sont des gens comme les autres	61,0	19,7	8,2	9,5	1,0	0,5
G. La libéralisation de l'avortement est une bonne chose	57,8	24,9	7,8	8,1	1,0	0,3
H. Il faut restreindre le droit de grève	12,7	21,2	24,9	39,2	1,8	0,2
I. Il faut interdire la vente de tabac aux mineurs	50,1	23,8	15,5	9,9	0,7	0,2
J. Il faut rétablir la peine de mort	20,5	18,6	16,8	40,8	2,5	0,9
K. On ne se sent pas en sécurité de nos jours	35,9	28,4	25,0	9,8	0,8	0,1
L. Ils nous prennent pour des abrutis à la télévision	35,1	35,9	19,7	7,6	1,6	0,1

2) PRODUITS

Nous allons maintenant aborder un autre sujet :

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

(Ne pas aider l'enquêté. Noter en clair jusqu'à ce que l'enquêté(e) bloque, dans la limite de 10 réponses). (17 produits connus sont précédés pour faciliter la saisie).

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

- 1 C'est dangereux dès qu'on essaye **51,3 %**
- 2 C'est dangereux à partir du moment où on en fume de temps en temps **12,3 %**
- 3 À partir du moment où on en fume tous les jours **28,1 %**
- 4 Ce n'est jamais dangereux pour la santé **05,3 %**
- 5 Autre, préciser..... **01,3 %**
- 6 Ne connaît pas le produit **00,4 %**
- 7 Ne sait pas **01,4 %**
- 8 Ne veut pas dire

Le terme « haschisch » correspond au langage le plus courant chez les individus les plus âgés alors que celui de « cannabis » est plutôt associé au langage juridique, médical ou à celui des jeunes. Il est donc préférable d'employer les deux et de ne plus utiliser, si possible, que celui qui convient le mieux à l'interviewé (celui cité dans la réponse à la question 83, le cas échéant) pour les questions suivantes. On emploiera « fumer » plutôt que « prendre » ou « consommer » car ce verbe caractérise mieux ce produit.

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

- 1 nombre de verres par jour / ___/ **79,2 %**
- 2 nombre de verres en une seule occasion / ___/ **08,2 %**
- 3 dès qu'on essaye **05,7 %**
- 4 dès qu'on en boit de temps en temps **01,4 %**
- 5 ce n'est jamais dangereux pour la santé **00,0 %**
- 6 Autre, préciser..... **03,2 %**
- 7 Ne sait pas **02,1 %**
- 8 Ne veut pas dire **00,2 %**

Si l'enquêté répond que cela dépend du type d'alcool, lui préciser que c'est équivalent en fonction de la taille du verre. S'il répond que cela dépend du consommateur (corpulence, sexe, âge...), lui dire de répondre en moyenne pour un adulte. Une feuille de consigne est distribuée aux enquêteurs pour cette question.

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

1 <input type="checkbox"/>	nombre de cigarettes par jour /___/	76,2 %
2 <input type="checkbox"/>	dès qu'on essaye	20,7 %
3 <input type="checkbox"/>	dès qu'on en fume de temps en temps	00,6 %
4 <input type="checkbox"/>	ce n'est jamais dangereux pour la santé	
5 <input type="checkbox"/>	Autre, préciser.....	00,9 %
6 <input type="checkbox"/>	Ne sait pas	01,5 %
7 <input type="checkbox"/>	Ne veut pas dire	00,1 %

(1 paquet = 20 cigarettes, ½ paquet = 10 cigarettes ; chiques, cigares ou pipes : coder autre et préciser)

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

1 <input type="checkbox"/>	C'est dangereux dès qu'on essaye	84,2 %
2 <input type="checkbox"/>	C'est dangereux à partir du moment où on prend de tps en tps	07,3 %
3 <input type="checkbox"/>	À partir du moment où on en prend tous les jours	07,0 %
4 <input type="checkbox"/>	Ce n'est jamais dangereux pour la santé	00,0 %
5 <input type="checkbox"/>	Autre, préciser.....	00,2 %
6 <input type="checkbox"/>	Ne connaît pas le produit	00,6 %
7 <input type="checkbox"/>	Ne sait pas	00,6 %
8 <input type="checkbox"/>	Ne veut pas dire	

Q94) Selon vous, à partir de quand devient-il dangereux pour la santé de prendre des médicaments pour les nerfs (tranquillisants, somnifères, antidépresseurs...) ?

1 <input type="checkbox"/>	C'est dangereux dès qu'on essaye	20,3 %
2 <input type="checkbox"/>	C'est dangereux à partir du moment où on prend de tps en tps	20,6 %
3 <input type="checkbox"/>	À partir du moment où on en prend tous les jours	48,0 %
4 <input type="checkbox"/>	Ce n'est jamais dangereux pour la santé	02,4 %

5 <input type="checkbox"/>	Autre, préciser.....	02,6 %
5 bis :	Hors prescription	03,5 %
6 <input type="checkbox"/>	Ne connaît pas le produit	
7 <input type="checkbox"/>	Ne sait pas	02,4 %
8 <input type="checkbox"/>	Ne veut pas dire	00,2 %

Q96) Selon vous, à partir de quand devient-il dangereux pour la santé de prendre de l'héroïne ?

1 <input type="checkbox"/>	C'est dangereux dès qu'on essaye	87,8 %
2 <input type="checkbox"/>	C'est dangereux à partir du moment où on prend de tps en tps	06,0 %
3 <input type="checkbox"/>	À partir du moment où on en prend tous les jours	05,2 %
4 <input type="checkbox"/>	Ce n'est jamais dangereux pour la santé	
5 <input type="checkbox"/>	Autre, préciser.....	00,1 %
6 <input type="checkbox"/>	Ne connaît pas le produit	00,5 %
7 <input type="checkbox"/>	Ne sait pas	00,4 %
8 <input type="checkbox"/>	Ne veut pas dire	

Q98) Selon vous, à partir de quand devient-il dangereux pour la santé de prendre de l'ecstasy ?

1 <input type="checkbox"/>	C'est dangereux dès qu'on essaye	75,6 %
2 <input type="checkbox"/>	à partir du moment où on en prend de temps en temps	09,4 %
3 <input type="checkbox"/>	Dangereux à partir du moment où on en prend toutes les semaines	03,5 %
4 <input type="checkbox"/>	À partir du moment où on en prend tous les jours	05,6 %
5 <input type="checkbox"/>	Ce n'est jamais dangereux pour la santé	00,1 %
6 <input type="checkbox"/>	Autre, préciser.....	00,1 %
7 <input type="checkbox"/>	Ne connaît pas le produit	04,9 %
8 <input type="checkbox"/>	Ne sait pas	00,9 %
9 <input type="checkbox"/>	Ne veut pas dire	

Q100) Maintenant, je vais vous demander à partir de quand devient-il difficile de se passer de haschisch ou de cannabis ?

1 <input type="checkbox"/>	dès qu'on essaye	27,8 %
2 <input type="checkbox"/>	dès qu'on en fume de temps en temps	22,4 %
3 <input type="checkbox"/>	dès qu'on en fume quotidiennement	37,8 %
4 <input type="checkbox"/>	il n'est jamais difficile de s'en passer	08,0 %
5 <input type="checkbox"/>	Autre, préciser.....	0,08 %

- 6 Ne sait pas 02,7 %
- 7 Ne veut pas dire 00,1 %
- Ne connaît pas (question non posée) 00,4 %

Q102) Selon vous, à partir de quand devient-il difficile de se passer d'héroïne ?¹⁰⁰

- 1 dès qu'on essaye 58,4 %
- 2 dès qu'on en prend de temps en temps 21,2 %
- 3 dès qu'on en prend quotidiennement 17,0 %
- 4 il n'est jamais difficile de s'en passer 00,9 %
- 5 Autre, préciser..... 00,5 %
- 6 Ne sait pas 01,8 %
- 7 Ne veut pas dire 00,2 %
- Ne connaît pas (question non posée) 00,5 %

Q104) Selon vous, à partir de quand devient-il difficile de se passer de cocaïne ?

- 1 dès qu'on essaye 55,9 %
- 2 dès qu'on en prend de temps en temps 21,7 %
- 3 dès qu'on en prend quotidiennement 18,7 %
- 4 il n'est jamais difficile de s'en passer 00,8 %
- 5 Autre, préciser..... 00,4 %
- 6 Ne sait pas 01,8 %
- 7 Ne veut pas dire 00,1 %
- Ne connaît pas (question non posée) 00,6 %

100. Si l'interviewé présente des signes de lassitudes, lui dire : « Maintenant je vais vous demander... ».

Q108) Quel est, selon vous, le produit le plus dangereux parmi ceux cités précédemment (répéter ici la liste des produits) ?

Cette question a pour but de rompre la monotonie du questionnaire, de maintenir l'attention. La liste des produits est lue dans un ordre aléatoire (apparaissant à l'écran).

	(%)
Haschisch / cannabis	3,4
Alcool	6,4
Tabac	2,2
Cocaïne	19,8
Médicaments pour les nerfs	1,6
Héroïne	41,1
Ecstasy	16,8
NSP	7,5
NVPD	0,4
Tous	0,9
Total	100,0

Q109) Certains disent que fumer du haschisch ou du cannabis conduit à consommer, par la suite, des produits plus dangereux, êtes vous :

- 1 Tout à fait d'accord 39,4 %
- 2 Plutôt d'accord 30,5 %
- 3 Plutôt pas d'accord 13,0 %
- 4 Pas du tout d'accord 14,3 %
- 5 Ne sait pas 02,7 %
- 6 Ne veut pas dire 00,1 %

On cherche ici à mesurer si le concept d' « escalade » des drogues « douces » vers les drogues « dures » est fortement ancré chez les gens.

3) A PROPOS DES CONSOMMATEURS D'HÉROÏNE

Q110A) Certains pensent que ceux qui prennent de l'héroïne le font parce qu'ils ne trouvent pas leur place dans la société, êtes-vous :

- | | | |
|--------------------------|--|--------|
| <input type="checkbox"/> | Tout à fait d'accord | 17,6 % |
| <input type="checkbox"/> | Plutôt d'accord | 38,8 % |
| <input type="checkbox"/> | Plutôt pas d'accord | 20,2 % |
| <input type="checkbox"/> | Pas du tout d'accord | 21,9 % |
| <input type="checkbox"/> | Ne connaît pas le produit----> employer le terme « toxicomanes » | |
| <input type="checkbox"/> | Ne sait pas | 1,5 % |
| <input type="checkbox"/> | Ne veut pas dire | |

Cette question peut se faire en deux temps dans le cas où la personne déclare spontanément ne pas connaître le produit. Pour expliquer, on peut dire que c'est ce que prennent les toxicomanes les plus dépendants.

Q110B) Certains pensent que prendre de l'héroïne peut être un choix de vie, êtes-vous :

- | | | |
|--------------------------|----------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> | Tout à fait d'accord | 11,6 % |
| <input type="checkbox"/> | Plutôt d'accord | 20,6 % |
| <input type="checkbox"/> | Plutôt pas d'accord | 25,7 % |
| <input type="checkbox"/> | Pas du tout d'accord | 39,5 % |
| <input type="checkbox"/> | Ne sait pas | 01,7 % |
| <input type="checkbox"/> | Ne veut pas dire | 00,1 % |

Q110C) Certains pensent que ceux qui prennent de l'héroïne manquent de volonté, êtes-vous :

- | | | |
|--------------------------|----------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> | Tout à fait d'accord | 30,2 % |
| <input type="checkbox"/> | Plutôt d'accord | 25,0 % |
| <input type="checkbox"/> | Plutôt pas d'accord | 25,7 % |
| <input type="checkbox"/> | Pas du tout d'accord | 17,3 % |
| <input type="checkbox"/> | Ne sait pas | 01,6 % |
| <input type="checkbox"/> | Ne veut pas dire | 0,01 % |

Q110D) Certains pensent que ceux qui prennent de l'héroïne sont des personnes malades, êtes-vous :

- | | | |
|--------------------------|----------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> | Tout à fait d'accord | 22,7 % |
| <input type="checkbox"/> | Plutôt d'accord | 27,9 % |

- | | | |
|--------------------------|----------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> | Plutôt pas d'accord | 23,3 % |
| <input type="checkbox"/> | Pas du tout d'accord | 24,7 % |
| <input type="checkbox"/> | Ne sait pas | 01,4 % |
| <input type="checkbox"/> | Ne veut pas dire | 00,1 % |

Q110E) Certains pensent que ceux qui prennent de l'héroïne le font à cause de problèmes familiaux, êtes-vous :

- | | | |
|--------------------------|----------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> | Tout à fait d'accord | 13,7 % |
| <input type="checkbox"/> | Plutôt d'accord | 45,7 % |
| <input type="checkbox"/> | Plutôt pas d'accord | 21,9 % |
| <input type="checkbox"/> | Pas du tout d'accord | 15,9 % |
| <input type="checkbox"/> | Ne sait pas | 02,5 % |
| <input type="checkbox"/> | Ne veut pas dire | 00,3 % |

Q110F) Certains pensent que ceux qui prennent de l'héroïne sont des parasites, êtes-vous :

- | | | |
|--------------------------|----------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> | Tout à fait d'accord | 08,4 % |
| <input type="checkbox"/> | Plutôt d'accord | 13,4 % |
| <input type="checkbox"/> | Plutôt pas d'accord | 35,7 % |
| <input type="checkbox"/> | Pas du tout d'accord | 40,8 % |
| <input type="checkbox"/> | Ne sait pas | 01,2 % |
| <input type="checkbox"/> | Ne veut pas dire | 0,04 % |

Si le terme « parasite » n'est pas compris, utiliser « vivre au crochet de la société », « profiteur ».

Q110G) Certains pensent que ceux qui prennent de l'héroïne sont dangereux pour leur entourage (voisinage, proches...), êtes-vous :

- | | | |
|--------------------------|----------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> | Tout à fait d'accord | 33,2 % |
| <input type="checkbox"/> | Plutôt d'accord | 40,4 % |
| <input type="checkbox"/> | Plutôt pas d'accord | 17,0 % |
| <input type="checkbox"/> | Pas du tout d'accord | 07,5 % |
| <input type="checkbox"/> | Ne sait pas | 01,8 % |
| <input type="checkbox"/> | Ne veut pas dire | |

Q110H) Certains pensent que ceux qui prennent de l'héroïne cherchent à entraîner les jeunes, êtes-vous :

- | | | |
|--------------------------|----------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> | Tout à fait d'accord | 30,3 % |
|--------------------------|----------------------|--------|

<input type="checkbox"/> 2	Plutôt d'accord	33,2 %
<input type="checkbox"/> 3	Plutôt pas d'accord	23,8 %
<input type="checkbox"/> 4	Pas du tout d'accord	09,8 %
<input type="checkbox"/> 5	Ne sait pas	02,8 %
<input type="checkbox"/> 6	Ne veut pas dire	00,0 %

4) POLITIQUES

Q114) En France, la consommation du cannabis est interdite par la loi

A) – Certains pensent que cette interdiction contribue à empêcher les gens d'en consommer. Êtes-vous :

<input type="checkbox"/> 1	Tout à fait d'accord	22,5 %
<input type="checkbox"/> 2	Plutôt d'accord	24,1 %
<input type="checkbox"/> 3	Plutôt pas d'accord	24,0 %
<input type="checkbox"/> 4	Pas du tout d'accord	27,9 %

Ne connaît pas le produit -->employer le terme drogue douce

<input type="checkbox"/> 5	Ne sait pas	1,4 %
<input type="checkbox"/> 6	Ne veut pas dire	0,2 %

Cette question peut se faire en deux temps dans le cas où la personne déclare spontanément ne pas connaître le produit

B) – Certains pensent que cette interdiction est une atteinte au droit de faire ce que l'on veut avec son corps. Êtes-vous :

<input type="checkbox"/> 1	Tout à fait d'accord	13,1 %
<input type="checkbox"/> 2	Plutôt d'accord	20,1 %
<input type="checkbox"/> 3	Plutôt pas d'accord	25,7 %
<input type="checkbox"/> 4	Pas du tout d'accord	39,5 %
<input type="checkbox"/> 5	Ne sait pas	01,7 %
<input type="checkbox"/> 6	Ne veut pas dire	

Q115) En France, la consommation d'héroïne est interdite par la loi.

A) – Certains pensent que cette interdiction contribue à empêcher les gens d'en consommer. Êtes-vous :

<input type="checkbox"/> 1	Tout à fait d'accord	26,6 %
<input type="checkbox"/> 2	Plutôt d'accord	23,9 %

<input type="checkbox"/> 3	Plutôt pas d'accord	23,1 %
----------------------------	----------------------------	---------------

Ne connaît pas le produit -->employer le terme drogue dure

<input type="checkbox"/> 5	Ne sait pas	1,6 %
<input type="checkbox"/> 6	Ne veut pas dire	0,2 %

B) – Certains pensent que cette interdiction est une atteinte au droit de faire ce que l'on veut avec son corps. Êtes-vous :

<input type="checkbox"/> 1	Tout à fait d'accord	11,6 %
<input type="checkbox"/> 2	Plutôt d'accord	14,4 %
<input type="checkbox"/> 3	Plutôt pas d'accord	26,8 %
<input type="checkbox"/> 4	Pas du tout d'accord	44,6 %
<input type="checkbox"/> 5	Ne sait pas	02,5 %
<input type="checkbox"/> 6	Ne veut pas dire	00,1 %

Les questions Q114 et Q115 sont en deux temps donc peut-être difficiles, car un peu longues. Néanmoins, il nous semble important de saisir l'opinion de façon fine sur ce thème.

Q116) Certains disent que l'on pourrait autoriser la consommation de cannabis sous condition, en maintenant l'interdiction dans certains cas : par exemple avant de conduire ou pour les mineurs. Êtes-vous ?

<input type="checkbox"/> 1	Tout à fait d'accord	14,8 %
<input type="checkbox"/> 2	Plutôt d'accord	19,2 %
<input type="checkbox"/> 3	Plutôt pas d'accord	16,4 %
<input type="checkbox"/> 4	Pas du tout d'accord avec cette autorisation dans certains cas de la consommation de cannabis ou de haschisch	48,7 %
<input type="checkbox"/> 5	Ne sait pas	00,7 %
<input type="checkbox"/> 6	Ne veut pas dire	00,1 %

La question est un peu longue, mais il est important d'être précis dans les limites de l'autorisation (restriction à certains groupes). Le terme « réglementer » risquant de ne pas être compris, « autoriser sous certaines conditions » lui a été préféré.

Q117) Et pour l'héroïne, seriez-vous tout à fait d'accord, plutôt d'accord, plutôt pas d'accord ou pas du tout d'accord pour qu'on autorise sa consommation dans certains cas ?

<input type="checkbox"/> 1	Tout à fait d'accord	04,8 %
<input type="checkbox"/> 2	Plutôt d'accord	06,8 %
<input type="checkbox"/> 3	Plutôt pas d'accord	14,2 %
<input type="checkbox"/> 4	Pas du tout d'accord	73,4 %

- 5 Ne sait pas 00,7 %
6 Ne veut pas dire 00,1 %

Q118) Certains pensent que le haschisch et le cannabis pourraient être mis en vente libre comme le tabac ou l'alcool, êtes-vous ?

- 1 Tout à fait d'accord 05,8 %
2 Plutôt d'accord 11,3 %
3 Plutôt pas d'accord 18,6 %
4 Pas du tout d'accord 63,9 %
5 Ne sait pas 00,3 %
6 Ne veut pas dire 00,1 %

Q119) La loi prévoit une obligation de soins pour les consommateurs de drogues interpellés par la police, pensez-vous que cette obligation est :

- 1 Une très bonne chose 39,2 %
2 Plutôt une bonne chose 51,9 %
3 Plutôt une mauvaise chose 04,8 %
4 Une très mauvaise chose 03,5 %
5 Ne sait pas 00,6 %
6 Ne veut pas dire 00,1 %

La question doit bien porter sur la notion d'obligation (car on sait a priori que les gens sont en grande majorité favorables aux soins). Cette notion n'est pas forcément claire pour tout le monde. Si c'est le cas, dire « Lorsque la police arrête un consommateur de drogue, on peut l'obliger à suivre un traitement contre sa dépendance au lieu d'aller en prison, pensez-vous que cela est ? ».

Q120A) Certains pensent qu'on peut arriver à ce que personne ne se drogue. Êtes vous :

- 1 Tout à fait d'accord 12,8 %
2 Plutôt d'accord 13,7 %
3 Plutôt pas d'accord 31,5 %
4 Pas du tout d'accord 41,1 %
5 Ne sait pas 00,9 %
6 Ne veut pas dire 00,1 %

Cette question concerne la recherche d'un monde sans drogue : doit-on avant tout avoir comme objectif principal de supprimer totalement la drogue ?

Q120B) Certains pensent qu'on ne peut pas empêcher que des gens se droguent mais qu'il faut tout faire pour limiter les conséquences que cela entraîne pour eux. Êtes-vous :

- 1 Tout à fait d'accord 70,5 %
2 Plutôt d'accord 24,0 %
3 Plutôt pas d'accord 03,0 %
4 Pas du tout d'accord 01,9 %
5 Ne sait pas 00,4 %
6 Ne veut pas dire 00,1 %

Q121) Pensez-vous que, dans notre société, l'on tente d'aider les consommateurs de drogues dépendants à s'en sortir ?

- 1 Oui, tout à fait 27,4 %
2 Oui, plutôt 38,3 %

----> **Q122a) Selon vous, cette aide est-elle adaptée ?**

- 1 Oui 09,4 % (14,3 %)
2 Non, il faudrait l'augmenter 30,5 % (46,4 %)
3 Non, il faudrait faire autrement 20,6 % (31,4 %)
4 Ne sait pas 05,2 % (05,2 %)
5 Ne veut pas dire (100 %)

----> Aller en Q124

- 3 Non, plutôt pas 23,6 %
4 Non, pas du tout 8,7 %

----> **Q122b) Selon vous, faudrait-il le faire ?**

- 1 Oui 30,9 % (95,7 %)
2 Non 01,3 % (04,0 %)
3 Ne sait pas 00,0 % (00,3 %)
4 Ne veut pas dire (100 %)
5 Ne sait pas 2,0 %
6 Ne veut pas dire 0,1 %

Q124) Certains pensent qu'il faudrait permettre aux consommateurs d'héroïne très dépendants et marginalisés de recevoir de l'héroïne sous contrôle médical, êtes-vous :

- 1 Tout à fait d'accord 19,7 %
2 Plutôt d'accord 33,2 %
3 Plutôt pas d'accord 19,2 %
4 Pas du tout d'accord 26,2 %

- 5 Ne sait pas 01,5 %
6 Ne veut pas dire 00,2 %

Q125) Certains pensent qu'il faudrait permettre à certains grands malades de recevoir du cannabis sur prescription pour soulager leurs douleurs, êtes-vous :

- 1 Tout à fait d'accord 34,6 %
2 Plutôt d'accord 32,8 %
3 Plutôt pas d'accord 13,0 %
4 Pas du tout d'accord 17,5 %
5 Ne sait pas 02,0 %
6 Ne veut pas dire 00,1 %

Si nécessaire, il faut ici préciser qu'on ne parle pas des toxicomanes et donner des exemples : « Dans le traitement du cancer, de l'anorexie, du sida... »

Q126) Depuis quelques années, les médecins sont autorisés à prescrire des produits de substitution (méthadone, Subutex) pour remplacer l'effet de l'héroïne. Le saviez-vous ?

- 1 Oui 68,5 %
2 Non 31,5 %
3 Ne sait pas
4 Ne veut pas dire

Cette question sert à introduire la suivante. L'idée est de mesurer la tolérance face à la notion de réduction des risques et face à la substitution. Néanmoins, ces termes étant trop techniques, on les précise ici. On ne précise pas la date¹⁰¹ pour que la question porte bien sur le fait et pas sur la date.

Q127) Y êtes-vous favorable ? (à la prescription de produits de substitution)

- 1 Oui, tout à fait 44,1 %
2 Oui, plutôt 36,7 %
3 Non, plutôt pas 07,1 %
4 Non, pas du tout 09,4 %
5 Ne sait pas 02,6 %
6 Ne veut pas dire 00,2 %

101. 1995 pour les produits de substitution, 1987 pour la vente de seringues.

Q128) Depuis quelques années, les pharmaciens sont autorisés à vendre des seringues sans ordonnance. Le saviez-vous ?

- 1 Oui 68,4 %
2 Non 31,6 %
3 Ne sait pas
4 Ne veut pas dire

Q129) Y êtes-vous favorable ? (à la vente de seringues sans ordonnance)

- 1 Oui, tout à fait 45,1 %
2 Oui, plutôt 17,9 %
3 Non, plutôt pas 12,2 %
4 Non, pas du tout 24,0 %
5 Ne sait pas 00,7 %
6 Ne veut pas dire 00,1 %

Q130) Selon vous, l'information sur les drogues dont les jeunes bénéficient à l'école est-elle ?

A) Utile :

- 1 Oui, tout à fait 66,1 %
2 Oui, plutôt 19,6 %
3 Non, plutôt pas 06,3 %
4 Non, pas du tout 07,2 %
5 Ne sait pas 00,8 %
6 Ne veut pas dire

B) Suffisante :

- 1 Oui, tout à fait 07,3 %
2 Oui, plutôt 13,6 %
3 Non, plutôt pas 43,2 %
4 Non, pas du tout 28,1 %
5 Ne sait pas 07,8 %
6 Ne veut pas dire 00,1 %

C) Dangereuse :

- 1 Oui, tout à fait 08,5 %
2 Oui, plutôt 06,6 %
3 Non, plutôt pas 27,9 %
4 Non, pas du tout 55,7 %

- 5 Ne sait pas 01,3 %
 6 Ne veut pas dire

Q131) Vous-même, pensez-vous être très bien informé, plutôt bien informé, plutôt mal informé ou très mal informé sur les drogues ?

- 1 Très bien informé 07,8 %
 2 Plutôt bien informé 50,1 %
 3 Plutôt mal informé 30,9 %
 4 Très mal informé 10,2 %
 5 Ne sait pas 00,9 %
 6 Ne veut pas dire

5) PERCEPTIONS DES RISQUES LIÉS AUX PRODUITS :

Nous allons maintenant parler de votre comportement face à différents produits :

Cette phrase de transition était à éviter lorsque l'enquête présentait des signes de lassitude.

Q135) Vous personnellement, auriez-vous peur de prendre, ne serait-ce qu'une fois, les produits suivants ?

Les produits sont énoncés dans un ordre aléatoire à l'exception de la cocaïne, toujours en 1 ^{er}	Très peur	Plutôt peur	Plutôt pas peur	Pas peur du tout	Ne connaît pas le produit	NSP	Ne veut pas dire
Héroïne	70,5	23,4	1,5	3,3	0,5	0,7	0,2
Ecstasy	59,8	28,5	4,1	3,4	3,1	0,9	0,3
Cocaïne	59,2	28,8	4,2	5,7	0,2	1,6	0,4
Crack	60,1	26,4	2,3	3,0	7,2	0,8	0,2
LSD	57,0	28,1	2,7	3,3	7,7	0,9	0,2
Un produit à inhaler (colle, solvants, éther ...)	49,6	36,6	6,2	5,7	0,4	1,2	0,3
Champignons hallucinogènes	48,2	33,4	6,4	5,3	5,7	0,8	0,2
Amphétamines	42,2	39,5	8,0	5,3	3,8	0,9	0,3
Produit dopant (produit pour améliorer les performances)	41,1	39,1	10,6	7,0	0,5	1,3	0,3
Cannabis ou haschisch	40,6	27,7	13,4	16,6	0,3	1,0	0,4
Médicaments pour les nerfs (tranquillisant, somnifère, antidépresseur...)	16,1	39,1	24,7	18,4	0,0	1,5	0,2
Tabac	13,7	23,7	25,3	36,1		0,9	0,1
Alcool	11,6	21,9	27,9	37,8	0,0	0,8	0,1
Mop	19,3	11,9	1,0	1,5	65,9	0,3	0,1

6) PROXIMITÉ :

Q138) Y a-t-il, dans votre entourage (voisinage, amis, famille, collègues), des personnes qui consomment (ou ont consommé) du cannabis ou du haschisch ?

- | | | |
|----------------------------|--|--------|
| 1 <input type="checkbox"/> | Non | 56,7 % |
| 2 <input type="checkbox"/> | Oui, mais je n'en connais pas personnellement | 06,6 % |
| 3 <input type="checkbox"/> | Oui, j'en connais au moins une personnellement | 35,8 % |
| 4 <input type="checkbox"/> | Ne sait pas | 00,8 % |
| 5 <input type="checkbox"/> | Ne veut pas dire | 00,1 % |

Q139) Y a-t-il, toujours dans votre entourage, des personnes qui consomment (ou ont consommé) une drogue illicite autre que le cannabis ou le haschisch ?

- | | | |
|----------------------------|--|--------|
| 1 <input type="checkbox"/> | Non | 80,5 % |
| 2 <input type="checkbox"/> | Oui, mais je n'en connais pas personnellement | 04,2 % |
| 3 <input type="checkbox"/> | Oui, j'en connais au moins une personnellement | 13,3 % |
| 4 <input type="checkbox"/> | Ne sait pas | 01,8 % |
| 5 <input type="checkbox"/> | Ne veut pas dire | 00,1 % |

L'alcool, le tabac et les médicaments ne sont pas compris parmi les autres drogues dans cette question.

Q140) Au cours de votre vie, avez-vous déjà consommé du cannabis ou du haschisch ?

- | | | |
|----------------------------|------------------|--------|
| 1 <input type="checkbox"/> | Oui | 19,6 % |
| 2 <input type="checkbox"/> | Non | 80,1 % |
| 3 <input type="checkbox"/> | Ne sait pas | |
| 4 <input type="checkbox"/> | Ne veut pas dire | 0,03 % |

Q141) Si oui, l'avez-vous fait au cours des douze derniers mois ? (consommer du cannabis ou du haschisch)

- | | | |
|----------------------------|------------------|--------|
| 1 <input type="checkbox"/> | Oui | 06,4 % |
| 2 <input type="checkbox"/> | Non | 93,6 % |
| 3 <input type="checkbox"/> | Ne sait pas | |
| 4 <input type="checkbox"/> | Ne veut pas dire | |

----> Aller en Q143)

Q143) Si non, vous en a-t-on déjà proposé ? (du cannabis ou du haschisch)

- | | | |
|----------------------------|------------------|---------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | Oui | 20,2 % (+19,6 %) = 39,8 % |
| 2 <input type="checkbox"/> | Non | 60,2 % |
| 3 <input type="checkbox"/> | Ne sait pas | |
| 4 <input type="checkbox"/> | Ne veut pas dire | |

Q143) Au cours de votre vie, avez-vous déjà consommé une drogue illicite autre que le cannabis ou le haschisch ?

- | | | |
|----------------------------|------------------|-----------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | Oui | 03,6 % lesquelles ? / ____/ |
| 2 <input type="checkbox"/> | Non | 96,3 % |
| 3 <input type="checkbox"/> | Ne sait pas | |
| 4 <input type="checkbox"/> | Ne veut pas dire | 00,1 % |

Q145) Si oui, l'avez-vous fait au cours des douze derniers mois ? (consommer une drogue autre que cannabis ou haschisch)

- | | | |
|----------------------------|------------------|-----------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | Oui | 00,6 % lesquelles ? / ____/ |
| 2 <input type="checkbox"/> | Non | 99,4 % |
| 3 <input type="checkbox"/> | Ne sait pas | |
| 4 <input type="checkbox"/> | Ne veut pas dire | |

----> Aller en Q151

Q147) Si non, vous en a-t-on déjà proposé ? (une drogue autre que cannabis ou haschisch)

- | | | |
|----------------------------|------------------|-----------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | Oui | 15,6 % lesquelles ? / ____/ |
| 2 <input type="checkbox"/> | Non | 84,4 % |
| 3 <input type="checkbox"/> | Ne sait pas | 00,1 % |
| 4 <input type="checkbox"/> | Ne veut pas dire | |

L'alcool, le tabac et les médicaments ne sont pas compris parmi les autres drogues dans cette question.

Dans cette partie, on ne précise pas le type de consommation dont on parle (régulière ou pas). L'idée est de mesurer une proximité globale avec les produits et les usagers afin de voir si elle influence les perceptions des individus. Des études montrent que la tolérance est plus élevée chez les individus proches du phénomène, il s'agit ici de voir dans quelle mesure.

Pour finir, je vais vous poser quelques questions d'ordre général :

Q151) Avez-vous une activité de loisir, de type association, sport ou activité socio-culturelle ?

- | | | |
|----------------------------|------------------|--------|
| 1 <input type="checkbox"/> | Oui | 60,9 % |
| 2 <input type="checkbox"/> | Non | 39,0 % |
| 3 <input type="checkbox"/> | Ne sait pas | 00,1 % |
| 4 <input type="checkbox"/> | Ne veut pas dire | 00,1 % |

Q152) Avez-vous une religion ?

- | | | |
|----------------------------|------------------|--------|
| 1 <input type="checkbox"/> | Oui | 66,7 % |
| 2 <input type="checkbox"/> | Non ➔ Q154 | 33,1 % |
| 3 <input type="checkbox"/> | Ne sait pas | 00,0 % |
| 4 <input type="checkbox"/> | Ne veut pas dire | 00,2 % |

Q153) Toujours par rapport à la religion, est-ce que vous pratiquez ?

- | | | |
|----------------------------|------------------------|----------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | Oui, régulièrement | 09,7 % |
| 2 <input type="checkbox"/> | Oui, occasionnellement | 29,6 % |
| 3 <input type="checkbox"/> | Non | 27,2 % (+ 33,3 %) = 60,5 % |
| 4 <input type="checkbox"/> | Ne sait pas | 00,1 % |
| 5 <input type="checkbox"/> | Ne veut pas dire | 00,2 % |

On a fait le choix de ne pas poser cette question aux individus qui n'ont pas de religion pour éviter toute confusion.

Q154) Pourriez-vous me dire où vous vous situez sur une échelle politique gauche-droite ?

- | | | |
|-----------------------------|--------------------------------------|--------|
| 1 <input type="checkbox"/> | Très à gauche | 03,5 % |
| 2 <input type="checkbox"/> | À gauche | 16,2 % |
| 3 <input type="checkbox"/> | Plutôt à gauche | 20,7 % |
| 4 <input type="checkbox"/> | Plutôt à droite | 15,6 % |
| 5 <input type="checkbox"/> | À droite | 10,5 % |
| 6 <input type="checkbox"/> | Très à droite | 01,6 % |
| 7 <input type="checkbox"/> | Ni à gauche, ni à droite / au centre | 10,4 % |
| 8 <input type="checkbox"/> | Sans opinion politique | 13,8 % |
| 9 <input type="checkbox"/> | N'arrive pas à se situer | 03,6 % |
| 10 <input type="checkbox"/> | Ne veut pas dire | 04,1 % |

Ici on ne cite pas l'écologie pour ne pas rompre l'échelle gauche-droite. Elle doit apparaître dans autre. Cette question est sensible, la personne ne doit pas se sentir obligée de répondre.

Q155) Nous avons maintenant terminé, souhaitez-vous ajouter quelque chose ou donner votre avis sur ce questionnaire ? (noter la réponse complète si possible)

Q158) Merci beaucoup de votre participation. Cette étude a été réalisée par l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT : tél : 01 53 20 16 08 pour toute question sur l'enquête)

Il existe un numéro de téléphone gratuit et anonyme de Drogues Infos Service qui peut renseigner sur les drogues et la toxicomanie et servir si vous ou un proche aviez besoin d'aide. Ce numéro est le 0 800 23 13 13. Merci encore.

- | | | |
|----------------------------|----------------------------------|--------|
| 1 <input type="checkbox"/> | Récupère le numéro | 43,2 % |
| 2 <input type="checkbox"/> | Ne note pas le numéro | 44,3 % |
| 3 <input type="checkbox"/> | Fait semblant de noter le numéro | 09,0 % |
| 4 <input type="checkbox"/> | Ne sait pas | 03,4 % |

HEURE DE FIN : [] h []

OBSERVATIONS DE L'ENQUÊTEUR

Q70) La personne interrogée était à votre avis (plusieurs réponses possibles) :

- 1 Sincère dans ses réponses **93,6 %**
- 2 Incohérente, confuse **06,0 %**
- 3 Méfiante **04,2 %**
- 4 Agressive **00,9 %**
- 5 Peu coopérative, passive **02,8 %**
- 6 Distraite **05,6 %**
- 7 Sceptique quant à l'intérêt de l'enquête **04,2 %**
- 8 Autre, précisez..... **08,9 %**

Q72) À votre avis, l'enquêté était-il seul pendant l'entretien ?

- 1 Oui aller en Q74 **67,6 %**
- 2 Non **24,6 %**
- 3 Autre (télé ou radio allumée) **02,7 %**
- 4 Difficile à savoir **05,1 %**

Q73) Cela vous a-t-il semblé gênant pour l'enquêté ?

- 1 Oui **04,0 %**
- 2 Non **23,1 %**
- 3 NSP **00,3 %**

Q74) Autres remarques :

.....

.....

.....

.....

***) Sexe de l'enquêteur ?**

- 1 Homme **59,6 %**
- 2 Femme **40,4 %**

***) Âge de l'enquêteur ? _ _**

Structure de l'échantillon (tableau ci-contre)

Variable	modalités	Effectif non pondéré	Coefficient de redressement	Effectif pondéré
Sexe	Homme	947	1.036	981
	Femme	1055	0.968	1021
Age	[15 - 17]	105	1.030	108
	[18 - 24]	262	0.955	250
	[25 - 34]	426	0.926	394
	[35 - 49]	575	1.024	589
	[50 - 64]	395	1.014	400
	[65 - 75]	239	1.089	260
CSP du chef de ménage	Agriculteurs exploitants	41	1.172	48
	Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	94	1.406	132
	Cadres, Professions intellectuelles supérieures	258	0.885	228
	Professions intermédiaires	332	0.905	300
	Employés	225	0.970	218
	Ouvriers	493	1.019	502
	Inactifs	559	1.024	573
Région	Région parisienne	367	1.031	378
	Bassin parisien	350	1.007	352
	Nord	135	0.994	134
	Ouest	269	0.997	268
	Est	173	0.984	170
	Sud - Ouest	224	0.974	218
	Centre - Est	250	0.985	246
	Méditerranée	234	1.001	234
Catégorie de communes	Rural	507	1.012	513
	- de 20.000	321	0.978	314
	[20.000 à 100.000]	253	0.967	245
	[100.000 et +]	580	0.999	580
	Agglomération parisienne	341	1.029	351

