

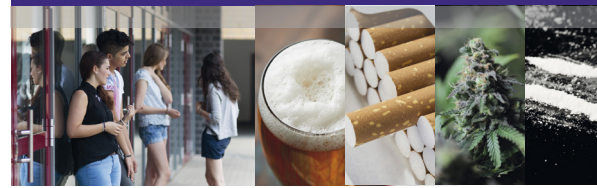
Usages de drogues et conséquences : quelles spécificités féminines ?

François Beck
Ivana Obradovic
Christophe Palle
Anne-Claire Brisacier
Agnès Cadet-Tairou
Cristina Díaz-Gómez
Aurélie Lermenier-Jeanet
Caroline Protais
Jean-Baptiste Richard
Stanislas Spilka

Les données des enquêtes sur les pratiques addictives montrent que ces comportements sont liés à un ensemble de facteurs socio-démographiques parmi lesquels le genre joue un rôle particulièrement important. Hormis pour les médicaments psychotropes, les femmes se révèlent globalement beaucoup moins concernées que les hommes. Néanmoins, au sein de la catégorie très large des personnes ayant déjà consommé une substance dans leur vie, de façon variable suivant les produits, les femmes peuvent parfois être aussi nombreuses (ou presque) que les hommes (alcool, tabac). Mais plus la consommation augmente en fréquence et/ou en quantité, plus la part relative des hommes croît, quelles que soient la substance ou la conduite addictive. Parmi les consommateurs les plus problématiques, la part des femmes devient ainsi le plus souvent très minoritaire.

Ces différences étaient dans le passé encore plus marquées. Désormais, même si les écarts sont loin d'avoir disparu, les comportements de consommation des femmes et des hommes tendent à converger. Cette évolution, qui va de pair avec une moindre différenciation des rôles sociaux selon le sexe, fait apparaître l'importance des facteurs culturels et sociaux comme déterminants des pratiques addictives. Des différences biologiques, telles que par exemple la plus grande vulnérabilité physiologique des femmes à l'égard de l'alcool ou encore la maternité, sont également susceptibles de jouer un rôle, en interaction avec des facteurs sociaux et psychologiques [1]. Le plan gouvernemental 2013-2017 a accordé une place importante à la question du repérage, de l'accompagnement et de la prise en charge des femmes usagères de substances psychoactives. Sans chercher à évaluer l'importance de ces différents paramètres, ni à dresser un panorama exhaustif, l'objectif de ce numéro de *Tendances* est de faire la synthèse d'approches diverses que permettent les travaux menés depuis vingt ans par l'OFDT sur la question des liens entre genre et addictions, afin d'éclairer les stratégies spécifiques de prévention et de prise en charge.

Analyse des pratiques addictives féminines, de leurs conséquences spécifiques et des prises en charge



■ Prévalences et comportements d'usage : l'influence du genre

Des situations et des évolutions contrastées selon les produits

Tabac : les femmes bientôt plus concernées que les hommes ?

En 2015, 25 % des femmes entre 15 et 75 ans fument régulièrement ou occasionnellement, une proportion relativement proche, bien qu'inférieure, à celle des hommes (31 %) [2]. Parmi les jeunes, les niveaux de tabagisme sont désormais équivalents entre garçons et filles (tableau 1). Alors que la proportion de fumeurs n'a cessé de diminuer pour les hommes à partir de l'apparition des campagnes d'information sur la nocivité du tabac, elle est restée relativement stable chez les femmes depuis trente ans. Tout se passe comme si la mise en place d'une politique active de dénormalisation du tabac, qui a consisté à changer son image en réduisant son accessibilité et son acceptabilité sociale (par exemple à travers la hausse des taxes sur les produits du tabac ou l'interdiction de fumer dans les lieux publics), avait eu moins d'effets sur les femmes. On a même assisté à une hausse du tabagisme parmi les femmes âgées de 45 à 65 ans, puis entre 2010 et 2014 pour celles âgées de 55 à 75 ans [3]. Cette hausse s'explique par le fait que les femmes nées entre le baby-boom d'après-guerre et les années 1960 ont été les

premières à s'engager dans une carrière tabagique, mais aussi par leur plus faible propension à arrêter de fumer. C'est, en effet, à partir des années 1950 que les femmes ont été clairement ciblées par les stratégies marketing de l'industrie du tabac, fondées sur la publicité et la diffusion de produits au design élégant faisant référence à la beauté et à la féminité, mais aussi à la notion d'émancipation féminine. Ce ciblage des femmes leur conférait de fait une certaine légitimité à revendiquer le statut de fumeuses. La structure démographique des fumeuses se rapproche progressivement de celle des hommes : l'âge moyen des fumeuses est ainsi passé de 33 ans en 1992 à 41 ans en 2014, tandis qu'il s'élevait de 38 ans à 40 ans parmi les hommes sur la même période [4].

Alcool : une prédominance masculine persistante et marquée

A contrario, la consommation d'alcool continue d'être nettement différenciée entre les hommes et les femmes. Celles-ci s'avèrent trois fois moins nombreuses à déclarer une consommation régulière¹ (10 % des femmes de 18 à 64 ans, contre 29 % des hommes). Elles sont aussi moins sujettes à rapporter une ivresse (7 % contre 22 %). En termes d'âge, à l'instar de ce qui est observé

Tableau 1 - Sex-ratio des niveaux d'usage de produits en population adulte et jeune, en 2005 et 2014

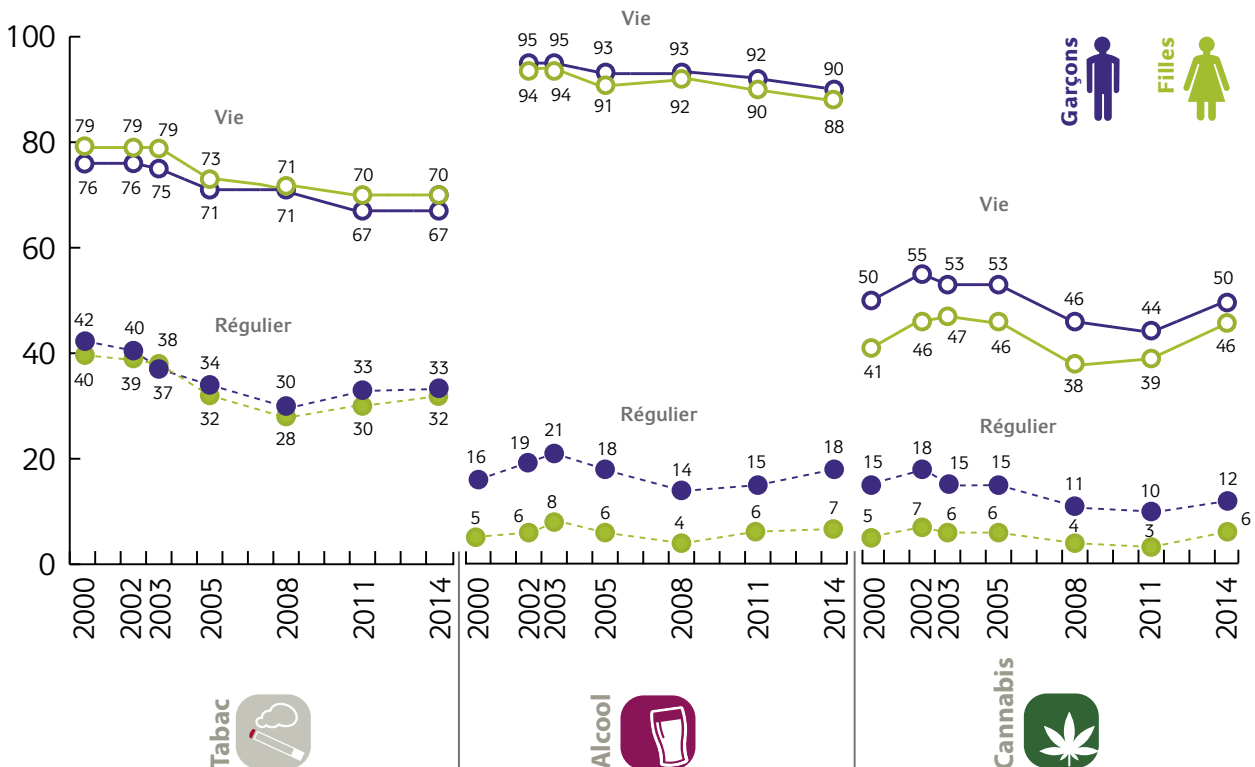
	Adultes de 18-64 ans		Jeunes de 17 ans	
	2005	2014	2005	2014
Usage quotidien de tabac	1,3	1,3	1,0	1,0
Usage régulier d'alcool	3,0	3,3	2,9	2,6
Usage régulier de cannabis	3,9	2,6	2,4	2,2
API* régulières	3,8	3,0	5,1	3,7
Usage de médicaments psychotropes au cours de l'année**	0,5	0,6	0,6	0,6
Expérimentation de cocaïne	2,6	2,7	1,6	1,0
Expérimentation d'héroïne	3,3	4,2	1,2	1,0
Expérimentation de LSD	4,3	3,5	1,5	1,5
Expérimentation de MDMA/ecstasy	3,1	2,4	1,5	1,2

N.B. : Le sex-ratio est le rapport entre la proportion d'usagers parmi les hommes et celle observée parmi les femmes. Exemple de lecture : il y a 1,3 plus d'hommes que de femmes usagers quotidiens de tabac.
 *Alcoolisation ponctuelle importante (API) : au moins 5 verres de boissons alcoolisées en une occasion au cours des trente jours précédant l'enquête. API régulières : ≥ 10 fois dans le mois. API répétées : ≥ 3 fois dans le mois
 ** Les données sur les médicaments psychotropes datent de 2005 et 2010 pour les adultes et de 2008 et 2014 pour les adolescents de 17 ans.

Sources : Baromètres santé 2005 et 2014, Santé publique France ; ESCAPAD 2005 et 2014, OFDT.

1. Au moins trois consommations d'alcool par semaine durant l'année passée.

Figure 1 - Évolutions des niveaux d'usage de tabac, boissons alcoolisées et cannabis à 17 ans en métropole depuis 2000, par sexe (en %)



Source : Enquêtes ESCAPAD - OFDT

parmi les hommes, la consommation régulière d'alcool concerne surtout les femmes plus âgées, alors que les plus jeunes déclarent davantage, et en plus grand nombre, des ivresses récentes et des alcoolisations ponctuelles importantes (API) répétées. Cependant, les jeunes femmes restent nettement moins concernées par les usages d'alcool, même si on observe, dans la période récente, un rapprochement des comportements entre les sexes, en France comme dans d'autres pays d'Europe [5].

Cannabis et autres drogues illicites : vers une uniformisation des usages ?

Parmi les drogues illicites, le cannabis est la substance psychoactive de loin la plus consommée, en particulier au sein des jeunes générations, où la différence de proportion de consommateurs entre hommes et femmes tend à diminuer. Si l'usage de cannabis reste majoritairement masculin et que ce caractère s'accroît avec le niveau d'intensité de consommation, la prédominance des hommes est de moins en moins nette et s'avère moins importante que pour l'alcool (tableau 1 et figure 1). Parmi les 15-64 ans, 23 % des femmes (contre 38 % des hommes) ont expérimenté le cannabis et 2,5 % des femmes (contre 7 % des hommes) en ont consommé dans le dernier mois.

Les consommations d'autres drogues illicites, beaucoup plus rares que le cannabis, sont elles aussi nettement plus masculines, même si on constate que les écarts sont nettement moins marqués à la fin de l'adolescence qu'à l'âge adulte.

La convergence des comportements, corollaire de l'émancipation féminine ?

Des études internationales ont montré que la réduction des inégalités entre les sexes s'accompagne d'une convergence des comportements de consommation, notamment d'alcool [6]. Ce rapprochement s'observe en particulier dans les pays les moins inégalitaires que sont les pays scandinaves. Ainsi, les femmes exerçant des responsabilités professionnelles plus élevées ont tendance à adopter des comportements d'alcoolisation masculins et à boire davantage. C'est aussi le cas pour le cannabis. On retrouve des tendances similaires parmi les jeunes adultes lorsqu'on compare les étudiantes aux femmes de la population active [7].

Les comportements d'alcoolisation semblent donc être le reflet des différences de genre. Au début du xx^e siècle, boire était un comportement socialement légitime pour les seuls hommes. La consommation d'alcool constituait chez les jeunes hommes un rite de passage

vers le monde adulte. Alors que le fait de boire était perçu comme un symbole de force, de vitalité et de virilité pour les hommes, la sobriété apparaissait associée à la féminité, la pureté et la sécurité, la consommation féminine étant considérée comme une mise en danger de la famille [8]. Aujourd'hui, ce tableau a beaucoup évolué, du fait, entre autres, d'une transformation des rôles sociaux prêtés aux hommes, qui valorisent moins qu'auparavant le fait de boire ou de « tenir l'alcool » [8, 9]. Cette évolution, qui a été observée dans de nombreux pays européens [6, 10], va de pair avec une tolérance accrue à l'égard des femmes qui boivent en public. Aujourd'hui, il serait devenu plus facile pour les femmes de boire de l'alcool et pour les hommes de ne pas en boire.

La conquête de cette « liberté » par les femmes constitue un enjeu pour certains intérêts économiques. Comme pour le tabac, les industriels et distributeurs d'alcool ont tiré parti de ce changement en développant des produits très clairement orientés vers un public féminin, empruntant volontiers les codes de la mode et de l'industrie cosmétique. L'objectif est de légitimer l'alcoolisation des femmes tout en la rendant attrayante : les hausses récentes des ivresses et des API chez les femmes françaises, en particulier chez les jeunes femmes, peuvent laisser penser que les professionnels du secteur ont réussi leur pari de ciblage marketing.

Dans le tableau des substances psychoactives, une seule famille de produits, les médicaments psychotropes, s'avère plus volontiers consommée par les femmes. Un certain nombre d'études suggèrent que cette surconsommation féminine de médicaments psychotropes, qui apparaît comme un invariant en Europe, est fortement induite par une approche sexuée des problèmes de santé, et en particulier de santé mentale [11, 12]. Entre hommes et femmes, les diagnostics et, de fait, les troubles diffèrent en effet fortement : les personnels soignants ont plus volontiers tendance à rechercher chez les femmes une origine psychologique pour expliquer certains désordres physiques, de même que les femmes investissent plus aisément le rôle de patientes, alors que les hommes tentent plus volontiers de nier une souffrance psychologique ou de la gérer différemment, notamment en ayant recours à d'autres substances.

Quelques éléments sur les dommages

Certaines conséquences des usages de drogues se déclinent différemment selon le genre, avec parfois des liens complexes en termes de causalité, comme c'est le cas par exemple pour l'association entre violences et usages de substances.

Des prévalences tabagiques pendant la grossesse très élevées en France

Pendant la grossesse, le fœtus est fortement exposé aux éventuelles consommations de la femme enceinte, avec des risques graves pour l'enfant à naître. Aujourd'hui mieux sensibilisées à cette problématique, les femmes enceintes réduisent notablement leurs consommations, même si 24 % d'entre elles déclarent fumer quotidiennement (20 % au-delà du 1^{er} trimestre) et 3 % occasionnellement [13].

La France, un des pays au taux de fécondité le plus élevé en Europe, se distingue à cet égard sur le continent. Bien que nettement inférieure à la prévalence tabagique des femmes du même âge n'attendant pas d'enfant (qui comptent 37 % de fumeuses quotidiennes et 6 % de fumeuses occasionnelles), la proportion de fumeuses parmi les femmes enceintes positionne la France loin devant les autres pays de l'Union, qui affichent des prévalences comprises entre 10 et 15 %.

Malgré le risque de syndrome d'alcoolisation fœtale, un tiers des femmes enceintes disent avoir bu des boissons alcoolisées au moins une fois au cours de leur grossesse, mais seules 3 % déclarent boire toutes les semaines (contre 25 % des femmes de même âge n'attendant pas d'enfant). Les quantités consommées s'avèrent nettement plus faibles, avec une consommation hebdomadaire 4 fois moins importante que les autres en volume.

Environ 60 % des femmes qui consommaient de l'alcool avant leur grossesse ont arrêté de boire dès qu'elles ont su qu'elles étaient enceintes. Par ailleurs, seules 2 % d'entre elles ont déclaré un épisode d'alcoolisation ponctuelle importante au cours de la grossesse. Il faut également souligner que cette réduction des consommations de substances psychoactives est plus faible parmi les femmes les plus jeunes et celles disposant des revenus les plus bas. S'agissant du cannabis, 3 % des femmes enceintes déclarent en avoir fumé au cours des douze derniers mois, contre 8 % des autres femmes du même âge.

Risque de cancer

Globalement moins consommatrices que les hommes, les femmes sont moins nombreuses aujourd'hui à subir les dommages liés aux usages excessifs. L'épidémiologie des cancers liés au tabagisme fait ainsi apparaître une nette prédominance masculine. Néanmoins, le taux de décès masculin par cancer du poumon est orienté à la baisse depuis plus de dix ans, à rebours de la forte hausse observée parmi les femmes dont la mortalité par cancer du poumon a doublé en moins de deux décennies [14]. Cette évolution est directement imputable à la hausse de la prévalence tabagique féminine observée en France depuis plusieurs décennies.

Surmortalité de la population féminine usagère de stupéfiants

Les femmes prises en charge en Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ou en Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques chez les usagers de drogues (CAARUD) ont un risque de décès 18,5 fois plus élevé que les femmes de la population française du même âge (IC à 95 % : [11-29]), selon les données d'une cohorte d'usagers de drogues (hors cannabis) dont le statut vital a été relevé entre 2009 et 2015. Pour les hommes de la cohorte, le risque par rapport à la population française est multiplié par 5,6 (IC à 95 % : [4-7]). Cette différence s'explique par la mortalité nettement plus faible des femmes de 20 à 45 ans en population générale par comparaison avec celle des hommes, tandis que la mortalité parmi les personnes de la cohorte d'usagers de drogues, plus élevée qu'en population générale à âge égal, s'avère semblable selon le sexe. L'âge moyen des femmes au moment du décès est de 41,5 ans, non significativement différent de celui des hommes. Les causes de décès retrouvées chez les femmes sont liées à des maladies (cancers, hémorragies digestives) et plus rarement dues à des causes externes (toxiques ou accidentelles) [15]. En raison de la faiblesse des effectifs, il n'est pas possible de savoir si cette répartition est différente de celle des hommes. Pour les deux sexes, les causes sont le plus souvent mal renseignées ou indéfinies, masquant probablement des décès par surdose ou par suicide.

Risque social de stigmatisation

Il existe par ailleurs certains risques spécifiques aux femmes, liés notamment au fait que leur pratique addictive peut être plus stigmatisée que celle des hommes. Cette stigmatisation a plusieurs conséquences : un effet de protection, dans la mesure où les femmes vont tendre à consommer plus modérément, voire ne

pas consommer du tout face à la réprobation sociale supposée, mais aussi un effet d'exclusion/d'invisibilisation, dans la mesure où les femmes s'inscrivant malgré tout dans des conduites addictives, et à plus forte raison si elles sont mères, peuvent s'inscrire dans un déni et s'éloigner des structures sanitaires et médico-sociales. À cela s'ajoute la nécessité pour ces femmes de masquer leurs pratiques, ce qui se traduit souvent par une absence de recours ou rend leur prise en charge par les divers services médico-sociaux plus complexe [16, 17]. Par ailleurs, les liens entre consommation problématique de substances et violences subies [18, 19] ou multipartenariat sexuel non protégé [20, 21] s'avèrent plus marqués parmi les femmes.

■ Réponses publiques

Face au phénomène de consommation de drogues, les pouvoirs publics, en France comme ailleurs, ont mis en place un cadre légal reposant sur un système de sanction, d'une part, et un dispositif de prévention des usages et de prise en charge des personnes en difficulté avec leur consommation, d'autre part. Les développements qui suivent sont consacrés à l'analyse, à l'aide des sources existantes de données, de la place des femmes parmi les personnes en infraction à la loi sur les stupéfiants et parmi les personnes prises en charge dans le dispositif de soins et d'accompagnement des consommateurs de ces substances, notamment dans les CJC. Rattachées le plus souvent à un CSAPA et parfois à un établissement de santé, des consultations jeunes consommateurs (CJC) ont été créées pour faire face à l'enjeu de la consommation de substances psychoactives chez les jeunes, à l'initiative du ministère de la Santé et de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA).

Une réponse pénale différenciée selon le sexe

Parmi les personnes mises en cause pour une infraction à la législation sur les stupéfiants (ILS), une sur dix est une femme. Cette proportion est stable depuis dix ans. Toutefois, suivant la tendance à la hausse des interpellations pour ILS, le nombre de femmes mises en cause pour ce délit a quasiment doublé en dix ans. On observe la même évolution à la hausse au sein des condamnations pour ILS : le nombre de femmes condamnées pour ILS a quasiment doublé, passant de 2 052 en 1995 à 3 964 en 2015. Cependant, leur volume n'augmente pas dans les mêmes proportions que celui des hommes, si bien que leur part relative dans l'ensemble des condamnations pour ILS s'est abaissée de 10 % à 6 % en dix ans.

Par ailleurs, la part des femmes faisant l'objet de poursuites pénales est moins importante que celle des hommes. En 2015, des poursuites pénales pour ILS ont été engagées pour près de 43 % des hommes mis en cause au stade du parquet, contre 31 % des femmes, qui bénéficient plus fréquemment de mesures alternatives aux poursuites. En 2015, 53 % des femmes mises en cause pour ILS ont ainsi fait l'objet d'une mesure alternative aux poursuites, contre 43 % des hommes.

L'enjeu d'un accueil spécialisé dans les dispositifs de prévention et de prise en charge

Les personnes en difficulté avec leur consommation de substances addictives peuvent s'adresser au dispositif généraliste de soins : médecins de ville et hôpitaux ayant développé une offre de soins en addictologie. Elles peuvent également entrer en contact avec des structures médico-sociales spécialisées en addictologie, comprenant les CSAPA pour le soin et les CAARUD pour la réduction des risques et l'accueil à bas seuil d'exigence. Les jeunes consommateurs peuvent être accueillis dans des CJC, créées spécifiquement à leur attention, et qui sont majoritairement rattachées à un CSAPA. Dans le dispositif généraliste de prise en charge et d'accompagnement des personnes ayant des problèmes d'addictions, les hommes sont très largement majoritaires, à l'image de la répartition par sexe des consommateurs les plus intensifs. Les données recueillies dans le dispositif généraliste étant très limitées, c'est sur celles recueillies dans le dispositif spécialisé que s'appuiera cette analyse de la place et des caractéristiques des femmes prises en charge pour un problème d'addiction.

Les consultations des dispositifs spécialisés en addictologie reçoivent bien moins de femmes que d'hommes. Parmi celles-ci, certaines présentent des profils toxicologiques relativement lourds, caractérisés par des proportions élevées de polyconsommations de drogues. Elles constituent une population particulièrement précaire, marquée à la fois par un état de santé (psychique et somatique) dégradé et par des trajectoires de vie chaotiques, souvent dès l'adolescence [22]. Elles connaissent un certain nombre de problèmes spécifiques : plus grande vulnérabilité sociale, dépendance plus fréquente, accès plus limité aux soins médicaux, exposition plus importante à la violence, inadaptation des structures mixtes aux besoins et aux demandes spécifiques du public féminin et quasi-absence de structures de soins spécifiques disposant de services adaptés aux femmes (douches et conseils médicaux spécifiques, approche gynécologique...).

CJC : un public féminin minoritaire et moins centré sur le cannabis

Le public des CJC, constitué à 90 % de jeunes de moins de 26 ans, est très majoritairement masculin (81 % d'hommes). Cette moyenne nationale masque cependant des disparités territoriales, avec des proportions de femmes supérieures à 25 % dans le Languedoc-Roussillon, la Franche-Comté ou le Limousin (en écho à une surreprésentation féminine parmi les usagers dans certaines de ces régions). Le cannabis, en cause dans 80 % des consultations, reste, quel que soit le genre, le produit le plus souvent évoqué, même si les recours au titre du seul cannabis sont plus fréquents parmi les hommes [23]. A contrario, les femmes sont plus nombreuses à citer, pour les plus âgées, plusieurs produits (tabac, cocaïne et stimulants) ou, pour les plus jeunes, une addiction comportementale – en général des troubles du comportement alimentaire (5 % des motifs de consultation des femmes *vs* 1 % pour les hommes), à l'inverse des hommes, plus concernés par un abus d'écrans, surtout avant 18 ans (7 % des motifs de consultation des hommes *vs* 2 % pour les femmes).

L'analyse du public reçu révèle, en outre, des différences de profil persistantes selon le genre, à tous les âges [24]. Ainsi, les hommes sont particulièrement nombreux parmi les jeunes adultes (18-25 ans) orientés en CJC par la justice : le public sous main de justice comprend en effet trois fois plus d'hommes (45 % *vs* 16 % des femmes). Dans ce contexte, l'injonction judiciaire constitue, de loin, le premier vecteur de recrutement du public masculin au-delà de 18 ans (54 % à 18-25 ans et 57 % après 25 ans *vs* 29 % avant 18 ans).

À l'inverse, les femmes consultent deux fois plus souvent de façon spontanée (28 % *vs* 14 %), surtout les plus âgées et les plus jeunes, à la suite d'une orientation par le milieu scolaire (15 % *vs* 8 %). Parmi les consultants mineurs, en revanche, les jeunes scolarisés ou en cours d'études sont majoritaires (près de 90 %), surtout pour les jeunes filles (92 % *vs* 87 % parmi les garçons). La moitié des 10 % de mineurs sortis du système scolaire ont quitté l'école avant 16 ans, plus souvent parmi les filles (55 % *vs* 47 %), ce qui montre que le public féminin des CJC, même au plus jeune âge, surreprésente les profils en difficulté d'insertion scolaire puis, plus tard, socio-économique.

Accueil en CSAPA : la part des femmes varie suivant le type d'addiction

Les CSAPA ont accueilli en 2015 un peu plus de trois hommes pour une femme, proportion peu variable depuis le début des années 2000. La répartition suivant le genre n'est cependant pas la même dans les différentes catégories de public. Trois groupes d'usagers de substances, d'âges moyens différents, peuvent ainsi être distingués : les personnes prises en charge pour un problème de consommation de cannabis (26,4 ans d'âge moyen), d'alcool ou de tabac (43,8 ans d'âge moyen), ou de drogues illicites autres que le cannabis, telles que les opiacés, la cocaïne et d'autres substances illicites, ou des médicaments détournés de leur usage (37,5 ans d'âge moyen). Si la proportion de trois hommes pour une femme se retrouve dans les deux derniers groupes, la part des hommes atteint 85 % parmi les personnes prises en charge pour usage de cannabis en 2015. Une analyse plus fine du public reçu en CSAPA fait apparaître des

proportions de femmes atteignant 40 % parmi les personnes prises en charge pour usage de tabac et pour usage de médicaments psychotropes (benzodiazépines principalement). Les femmes ne sont plus nombreuses que dans un seul groupe, très circonscrit (rassemblant à peine 1500 sujets en 2015) : les personnes venues en raison de troubles alimentaires légers (86 % de femmes).

Relativement au public très majoritairement masculin des CSAPA, les femmes présentent certaines caractéristiques vraisemblablement communes à l'ensemble de la population française. Indépendamment des addictions pour lesquelles elles sont prises en charge, elles vivent bien plus souvent seules avec enfant(s) (tableau 2). Elles déclarent moins souvent vivre totalement seules, mais si on additionne les deux catégories (seuls et seuls avec enfants), les femmes vivent aussi souvent que les hommes sans la présence d'un autre adulte, voire plus fréquemment pour les femmes en difficulté avec l'alcool. Elles occupent plus souvent un logement indépendant de façon durable. En termes de niveau d'éducation, elles déclarent beaucoup plus fréquemment que les hommes un niveau au moins équivalent au bac et moins fréquemment un niveau CAP ou BEP. Comme dans le cadre des CJC, les femmes sont également de 2,5 à 5 fois moins souvent adressées par la justice en CSAPA. Dans le cas des usagers d'alcool, la proportion d'hommes adressés par la justice atteint les 17 %, contre 3 % pour les femmes. Elles suivent plus souvent que les hommes un traitement pharmacologique et, parmi les personnes dans ce cas, beaucoup plus souvent un traitement par antidépresseurs. Autres traits communs aux femmes fréquentant les CSAPA : la proportion d'antécédents d'hospitalisation en psychiatrie apparaît nettement plus fréquente chez elles, tout comme les antécédents de tentative de suicide. Ces résultats rejoignent ceux de la littérature internationale, qui rapportent deux dynamiques opposées entre hommes et femmes dans l'entrée dans les conduites addictives, avec d'un côté des hommes qui vont plutôt manifester des troubles psychiatriques a posteriori, tandis que pour les femmes c'est plutôt la présence de troubles qui est susceptible de conduire à l'usage de produits [17, 25].

D'autres spécificités féminines n'apparaissent que pour certaines catégories de consommatrices. Ainsi, les femmes prises en charge en raison de leur consommation d'alcool sont en moyenne plus âgées que les hommes (46,7 ans *vs* 42,9 ans), avec une part des plus de 50 ans beaucoup plus importante (42 % *vs* 31 %). Elles sont, d'après l'avis du soignant, plus souvent dépendantes à l'alcool que les hommes (69 % *vs* 61 %), caractéristique sans doute liée à leur âge

Tableau 2 - Caractéristiques des personnes prises en charge dans les CSAPA suivant les types d'addiction et le sexe (%)

	Alcool		Cannabis		Autres drogues (opiacés, stimulants, médicaments psychotropes)	
	H	F	H	F	H	F
Vit seul(e) avec enfant(s)	2,6	16	1,0	10	1,9	15
Logement durable indépendant	70	86	39	51	52	66
Niveau bac ou plus	31	53	33	51	27	45
Niveau BEP, CAP	48	29	41	26	50	35
Adressé par la justice	17	3,2	45	17	9,6	3,7
Au moins un traitement cité	14	21	4,5	9,0	20	23
dont antidépresseurs	44	64	37	54	35	49
Antécédents d'hospitalisation en psychiatrie	15	22	9,8	21	24	31
Antécédents de tentative de suicide	14	28	6,6	23	17	30

Source : RECAP 2015/OFDT

moyen plus élevé et à un recours plus tardif au dispositif. Elles associent en revanche moins souvent que les hommes les consommations de cannabis à celles d'alcool (11% *vs* 22%).

Les femmes accueillies dans les CSAPA en raison de leur consommation de cannabis sont également en moyenne plus âgées que les hommes, la différence d'âge étant cependant nettement moins marquée pour ce produit que pour l'alcool. La distribution selon l'âge des femmes diffère de celle des hommes par une proportion deux fois plus élevée de personnes de plus de 40 ans (18 % *vs* 9 %), mais également par une proportion plus élevée de moins de 20 ans (33 % *vs* 26 %). Les femmes se distinguent également par une part beaucoup plus élevée d'étudiantes ou d'élèves (34 % *vs* 25 %). Sur le plan des consommations, elles font plus fréquemment un usage quotidien du cannabis (69 % *vs* 62 %) et sont plus souvent dépendantes à cette substance (65 % *vs* 58 %).

À la différence des deux groupes précédents, les femmes prises en charge pour usage d'autres substances illicites ou pour usage détourné de médicaments psychotropes sont en moyenne un peu plus jeunes que les hommes (36,5 ans *vs* 37,8 ans), avec une part de moins de 30 ans plus élevée de 9 points (29 % *vs* 20 %). Elles sont un peu moins poly-consommatrices que les hommes (36 % ne consomment qu'un produit *vs* 30 % chez les hommes). La proportion de femmes consommatrices tend à être le plus souvent inférieure à celle des hommes pour la plupart des produits, à l'exception des benzodiazépines (9,6 % *vs* 6,6 %) et des autres opiacés (8,7 *vs* 6,5 %), catégorie comprenant notamment les médicaments antidouleurs opiacés, tels que les sulfates de morphine. Les modes et fréquences de consommation et la dépendance aux substances comme l'héroïne, la buprénorphine haut dosage (BHD) ou la cocaïne apparaissent très semblables à ce qui est observé chez les hommes. Les femmes de ce groupe suivent un peu moins fréquemment que les hommes un traitement de substitution aux opiacés - TSO (70 % *vs* 75 %), moins souvent un traitement à la BHD (23 % *vs* 30 %) et à peu près aussi fréquemment un traitement à la méthadone (43 % *vs* 42 %).

Un quart de femmes parmi les bénéficiaires de TSO délivrés en pharmacie d'officine

Les TSO sont majoritairement prescrits en médecine de ville et délivrés en pharmacie d'officine, même si dans certains cas la prise en charge se déroule en CSAPA. En 2015, 35 000 femmes ont eu un remboursement de médicaments de substitution aux opiacés (MSO) délivrés en ville (21 000 de la BHD et

14 000 de la méthadone). Elles représentent un peu moins du quart des bénéficiaires de ces traitements. Leur part est légèrement plus importante parmi les personnes traitées par méthadone que par BHD (26 % *vs* 21 %). L'âge moyen des femmes bénéficiaires d'un MSO est de 38 ans en 2015, 3 ans de plus qu'en 2011. Alors qu'elles étaient plus jeunes que les hommes en 2011, l'écart d'âge s'est réduit et n'est plus significatif en 2015. Elles sont plus souvent affiliées à la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) que les hommes (49 % *vs* 41 %) [26].

Dans les CAARUD, faible part féminine mais plus marquée chez les jeunes

Les CAARUD reçoivent en majorité des consommateurs actifs de drogues illicites ou de médicaments détournés qui ne sont pour la plupart pas - ou pas totalement - inscrits dans une démarche de soins. Dans cette population qui vit souvent dans des situations sociales précaires, les femmes ne représentent qu'une faible part. On dénombre ainsi quatre hommes pour une femme dans la file active des CAARUD. Comme dans les CSAPA mais de façon plus prononcée, les femmes sont en moyenne plus jeunes que leurs homologues masculins (36,6 ans contre 39,9 ans). Au sein du public des CAARUD, une femme sur sept (14 %) est âgée de moins de 25 ans, contre un homme sur vingt (5 %). Par ailleurs, les femmes sont plus nombreuses à fréquenter les unités mobiles des CAARUD par rapport aux lieux fixes.

Alors que la situation inverse serait attendue du fait de leur jeunesse, facteur fortement lié au niveau de précarité, les femmes connaissent en moyenne des conditions de vie un peu moins précaires que les hommes (affiliation à la Sécurité sociale et jouissance de son propre logement plus fréquentes, avec respectivement 85 % *vs* 79 % et 52 % *vs* 42 %).

Dans les groupes de jeunes en errance, les femmes ne se distinguent pas des hommes par leurs conditions de vie. La plupart d'entre elles se caractérisent par certaines spécificités telles que leur faible présence dans les lieux de deal et, en revanche, une implication plus importante dans les démarches visant à rapporter de l'argent au groupe (mendicité, voire prostitution) ou dans la fréquentation des structures de première ligne (matériels d'injection) et des services administratifs². Outre le recours à la prostitution, ces femmes sont confrontées à des problématiques particulières liées à la promiscuité et aux violences associées au monde de l'errance (infections vaginales, grossesses non désirées, absences de contraception) [27], ainsi qu'à des relations sexuelles non consenties [20].

Les femmes rencontrées dans les CAARUD en 2015 vivent plus souvent en couple que leurs homologues masculins (38 % *vs* 14 %), la vie en couple étant liée à un moindre degré de précarité. Deux fois plus de femmes que d'hommes (21 % contre 10 %) vivent avec un ou plusieurs enfants et plus de la moitié d'entre elles sont mères.

Concernant les consommations, l'usage de cannabis concerne autant les femmes que les hommes. L'usage d'alcool apparaît moins féminin (63 % *vs* 71 %), 31 % des femmes déclarant une consommation quotidienne contre 38 % des hommes. L'écart entre hommes et femmes est cependant bien plus faible dans ce public que dans l'ensemble de la population. En termes d'alcoolisations ponctuelles importantes (API : 6 verres ou plus en une seule occasion), les femmes se démarquent une fois encore : 27 % des usagères rencontrées en 2015 dans les CAARUD déclarent une API tous les jours ou presque, contre 35 % des usagers. Là aussi, la différence est bien plus faible que dans l'ensemble de la population.

Concernant les autres produits illicites ou des médicaments psychotropes, peu de différences se font jour en termes de prévalences d'usage, hormis pour les plantes hallucinogènes (4 % *vs* 7 %). Concernant les médicaments, comme en 2012, la seule différence notable concerne ceux utilisés pour la substitution aux opiacés : les femmes ont moins souvent consommé de la BHD (29 % *vs* 36 %), au profit de la méthadone (38 % *vs* 33 %). Cette situation traduit en grande partie une différence de pratiques de prescription dans le cadre d'un TSO avec suivi médical : s'il n'y a pas plus de femmes que d'hommes qui déclarent être en TSO, en 2015 comme en 2012, les premières sont un peu plus fréquemment traitées avec la méthadone (29 % *vs* 24 %) - et le sulfate de morphine (6 % *vs* 4 %) en 2015 - qu'avec la BHD (21 % *vs* 25 %).

L'utilisation de la voie intraveineuse est aussi fréquente chez les femmes que chez les hommes mais celles-ci déclarent plus souvent des pratiques à risques de partage de matériel. Ainsi, parmi les injecteurs récents, 34 % des femmes³ déclarent avoir partagé au moins un élément (y compris la seringue), contre 25 % des hommes. Cette particularité est à mettre en lien avec l'âge moyen moins élevé des femmes, mais surtout avec la fréquence de la vie en couple chez

2. Par ailleurs, les femmes fréquentant les CAARUD en 2012 rapportaient moins souvent que les hommes un épisode d'incarcération dans les 12 derniers mois (7 % *vs* 16 %).

3. Une régression logistique menée sur les données ENA-CAARUD 2008 montrait que les moins de 25 ans partageaient, selon l'élément du matériel en cause, entre 2 et 3 fois plus que les plus de 35 ans et les femmes, à âge et niveau de précarité égal, environ 2 fois plus le matériel que les hommes [27].

les femmes fréquentant les CAARUD, situation favorisant le partage du matériel avec le conjoint [29]. Cette spécificité témoigne de la moindre maîtrise des circonstances de l'acte et de la faible autonomie dans la gestion du produit chez les femmes [20].

Les femmes sont néanmoins légèrement plus nombreuses à avoir réalisé au moins un dépistage pour le VIH et/ou pour le VHC (93 % et 86 % contre respectivement 89 % et 83 % chez les hommes). En termes de séroprévalences, il n'y a en revanche aucune différence selon le sexe (VIH : 4 % et VHC : 24 %).

■ Discussion

Le genre semble constituer un des facteurs socioculturels les plus fortement associés aux comportements à risque pour la santé, en particulier aux addictions. Les modes de consommation paraissent étroitement liés aux rôles sociaux plus qu'au sexe biologique, c'est-à-dire au genre, notion qui traduit l'effet des assignations sociales prêtées à des comportements d'usage qui s'expriment différemment parmi les hommes et les femmes [30]. Ainsi, par exemple, parce qu'elles sont plus fréquemment stigmatisées, les pratiques addictives des femmes apparaissent-elles plus souvent clandestines [31].

Néanmoins, de nombreux travaux montrent une certaine convergence des conduites d'usage de substances psychoactives entre les hommes et les femmes, évolution qui semble aller de pair avec un mouvement d'uniformisation des rôles sociaux. Ce rapprochement est plus apparent dans les classes favorisées et parmi les actifs occupés (par comparaison aux inactifs et aux chômeurs), suggérant que la prévention doit tenir compte du rôle central des inégalités sociales en tant que déterminant des conduites de consommation. La pertinence des approches préventives adaptées selon le genre a été relativement peu étudiée et, le cas échéant, les recherches ont été menées pour l'essentiel dans des cadres culturels anglo-saxons. De telles actions sont souvent davantage dictées par la surreprésentation d'un genre dans un public spécifique que par une stratégie proactive de différenciation [32]. Comme on l'a vu, les représentations sociales sexuées sont largement exploitées par les industries de l'alcool et du tabac au profit du marketing fondé sur les références culturelles associées à chaque genre. Pour autant, les campagnes destinées aux jeunes exploitent encore peu le genre comme angle de communication spécifique en matière de drogues licites ou illicites [32]. L'expertise collective de l'INSERM sur les conduites addictives des adolescents a inscrit dans ses recommandations le développement d'études permettant d'alimenter ce type d'approche [33].

Le différentiel de genre, observable dans les niveaux et les pratiques de consommation, se manifeste sous un jour différent dans les statistiques de recours au soin. Les femmes sont peu nombreuses, relativement aux hommes, à fréquenter ces structures, mais la surreprésentation des hommes s'explique par l'importance de l'orientation judiciaire qui contraint un nombre beaucoup plus important d'hommes que de femmes à fréquenter ces structures. Plus généralement, la proportion de femmes dans ces structures est aussi le reflet de la faible proportion de femmes parmi les consommateurs intensifs qui s'observe dans les enquêtes de consommation.

Il existe néanmoins d'autres facteurs déjà mentionnés qui conduisent certaines à être réticentes à entrer en contact avec ces institutions (stigmatisation, prédominance masculine). Parmi les femmes qui fréquentent ces structures, les niveaux et les modes de consommation paraissent assez proches de ceux des hommes. Les femmes prises en charge dans les CSAPA pour usage d'alcool sont plus âgées que les hommes, ce qui semble indiquer que les problèmes avec l'alcool susceptibles d'amener une personne à surmonter le tabou de l'alcoolisme et à rechercher de l'aide apparaissent en moyenne plus tard chez les femmes que chez les hommes. Les consommatrices de cannabis qui fréquentent les CSAPA sont en proportion soit plus jeunes, soit plus âgées que les hommes. Une des hypothèses explicatives pourrait être le rôle de la maternité, qui inciterait davantage les femmes que les hommes à ne pas consommer entre 25 ans et 45 ans.

Les polyconsommateurs de drogues illicites, opiacés, stimulants et médicaments psychotropes constituent une autre population fréquentant les CSAPA et les CAARUD, plus fortement exposée aux risques sanitaires et sociaux. Les femmes de ce groupe sont, elles, un peu plus jeunes que les hommes, la maternité constituant sans doute également un frein à la consommation. Les comportements de consommation des femmes vues dans les CSAPA semblent très proches de ceux des hommes. Tout comme les femmes consommatrices d'alcool et de cannabis, elles se différencient surtout en ce qu'elles vivent plus souvent seules avec leurs enfants, et qu'elles ont plus fréquemment des antécédents d'hospitalisation en psychiatrie ou de tentatives de suicide. Les facteurs de vulnérabilité spécifiques à ces femmes, notamment celles en situation de grande précarité, ont déjà été mis en évidence [34]. Ces femmes présentent des trajectoires d'usages plus chaotiques, adoptent globalement plus de comportements à risques que

les hommes accueillis. Dans le cas des usagères vues dans les CAARUD, elles ont plus souvent recours à la prostitution et se trouvent fréquemment dans des situations de dépendance financière et vis-à-vis de l'approvisionnement en produit, en particulier celles qui pratiquent l'injection. Il arrive fréquemment que ces femmes se considèrent comme dépendantes de leur conjoint, souvent lui-même consommateur et/ou revendeur, notamment pour l'obtention du produit. Leur exposition au risque est très forte : manque d'autonomie dans les choix relatifs aux contextes de consommation, risques liés au partage de matériel pour les femmes pratiquant l'injection, avec une double fragilité face aux infections virales (VIH-VHC) en raison des risques liés à l'injection et ceux liés aux rapports sexuels non protégés.

Cette contribution fait écho à la réflexion menée par les professionnels de l'addictologie sur les spécificités des consommations féminines, mise en regard du faible nombre de femmes accueillies dans les structures. Elle interroge la nécessité d'une approche particulière pour orienter, accueillir et prendre en charge les femmes. Les expériences d'accueil spécifique de femmes toxicodépendantes demeurent aujourd'hui encore peu répandues et souvent centrées sur le lien mère-enfant. Les équipes professionnelles font face à la complexité organisationnelle de ces réponses ainsi qu'à un recrutement souvent difficile [35, 36]. À l'instar de ce que l'on peut constater avec les campagnes de communication, ces initiatives ont souvent été construites autour de la grossesse.

Les difficultés d'accès aux soins des femmes toxicodépendantes tiennent autant à une difficulté d'orientation du secteur de droit commun vers le secteur spécialisé en addictologie qu'à des réticences de la part des usagères, liées notamment à la stigmatisation des structures spécialisées [36]. Ces limites soulèvent la problématique de l'« aller vers » : il s'agit de trouver comment approcher ces femmes, créer et maintenir le lien, afin de consolider ou d'initier leur prise en charge.

D'autres domaines restent à explorer concernant des thématiques particulières, des lieux de vie ou des consommations pour lesquels la question du genre ou des usages féminins fait particulièrement sens. Il peut s'agir des comparaisons internationales ou encore des problématiques de sortie des usages, les consommations en prison ou l'évolution récente de la consommation des opioïdes en population générale. Ces questions ne sont pas abordées ici mais seront analysées dans d'autres publications de l'OFDT.

repères bibliographiques

1. Maté G. *Les Dépendances, ces fantômes insatiables*, Montréal, Les Éditions de l'Homme, 2009, 408 p.
2. Andler R., Richard J.-B., Guignard R., et al., « Consommation de tabac et utilisation d'e-cigarette en France en 2015 : premiers résultats du Baromètre cancer 2015 », *BEH - Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, (30-31), 2016, p. 502-507.
3. Beck F., Richard J.-B., Guignard R., et al., « Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014 », *Tendances*, OFDT (99), 2015, 8 p.
4. Richard J.-B., Beck F., « Tendances de long terme des consommations de tabac et d'alcool en France, au prisme du genre et des inégalités sociales », *BEH - Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, (7-8), 2016, p. 126-133.
5. Slade T., Chapman C., Swift W., et al., « Birth cohort trends in the global epidemiology of alcohol use and alcohol-related harms in men and women: systematic review and meta-regression », *BMJ Open*, 6(10), 2016, e011827.
6. Bloomfield K., Allamani A., Beck F., et al., « Gender, culture and alcohol problems: a multi-national study. An EU concerted Action. Project final report. » Berlin, Institut for Medical Informatics, *Biometrics & Epidemiology*, 2005, 341 p.
7. Beck F., Richard J.-B., Le Nézet O., « Les consommations de tabac, d'alcool et de cannabis des étudiants », dans Chiltz C. (Dir.), *La santé des étudiants en France*. 4^e enquête nationale, Paris, LMDE, 2016, p. 71-76.
8. Beck F., Legleye S., De Peretti G., « L'alcool donne-t-il un genre ? », *Travail, genre et sociétés*, (15), 2006, p. 141-160.
9. Beck F., Legleye S., Maillochon F., et al., « Femmes influentes sous influence ? Genre, milieu social et usages de substances psychoactives », *Médecine/Sciences*, 26(1), 2010, p. 95-97.
10. Eriksen S., « Alcohol as a gender symbol », *Scandinavian Journal of History*, 24, 1999, p. 45-73.
11. Beck F., Maillochon F., « Genre, santé et soins », dans Bimes-Arbus S., et al. (Dir.), *UE 7 - Santé - Société - Humanité (cours)*, Paris, Elsevier Masson, coll. Pass'Santé, 2012, p. 559-567.
12. Le Moigne P., « La reconnaissance du trouble mental. Psychiatrie, médecine et bien-être (1950-1980) », *Cahiers de recherche sociologique*, (41-42), 2005, p. 91-112.
13. Beck F., Richard J.-B., Dumas A., et al., « Enquête sur la consommation de substances psychoactives des femmes enceintes », *La Santé en action*, (423), 2013, p. 5-7.
14. Hill C., Jouglu E., Beck F., « Le point sur l'épidémie de cancer du poumon dû au tabagisme », *BEH*, (19-20), 2010, p. 210-214.
15. Brisacier A.-C. *Premiers résultats de l'enquête « cohorte de mortalité d'usagers de stupéfiants »*. Saint-Denis, OFDT, 2015, 12 p.
16. Idier L., Décamps G., Rasclé N., et al., « Étude comparative de l'attirance, la fréquence et l'intensité des conduites addictives chez les étudiants et les étudiantes », *Annales Médico-psychologiques*, 169(8), 2011, p. 517-522.
17. Lambrette G., « La question du genre et des addictions », *VST - Vie sociale et traitements*, (122), 2014, p. 79-84.
18. Alvanzo A.A.H., Storr C.L., Mojtabai R., et al., « Gender and race/ethnicity differences for initiation of alcohol-related service use among persons with alcohol dependence », *Drug and Alcohol Dependence*, 140, 2014, p. 48-55.
19. La Flair L.N., Bradshaw C.P., Storr C.L., et al., « Intimate partner violence and patterns of alcohol abuse and dependence criteria among women: a latent class analysis », *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 73(3), 2012, p. 351-360.
20. Jauffret-Roustide M., Oudaya L., Rondy M., et al., « Trajectoires de vie et prises de risques chez les femmes usagères de drogues », *Médecine/Sciences*, 24(HS 2), 2008, p. 111-121.
21. Nolen-Hoeksema S., « Gender differences in risk factors and consequences for alcohol use and problems », *Clinical Psychology Review*, 24(8), 2004, p. 981-1010.
22. Back S.E., Payne R.L., Wahlquist A.H., et al., « Comparative profiles of men and women with opioid dependence: Results from a national multisite effectiveness trial », *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 37(5), 2011, p. 313-323.
23. Obradovic I., « Dix ans d'activité des "consultations jeunes consommateurs" », *Tendances*, OFDT (101), 2015, 8 p.
24. Obradovic I., Beck F., « Jeunes femmes sous influence. Une féminisation du public reçu pour usage de cannabis dans les dispositifs d'aide ? », *Travail, genre et sociétés*, (29), 2013, p. 105-127.
25. Chander G., McCaul M.E., « Co-occurring psychiatric disorders in women with addictions », *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 30(3), 2003, p. 469-481.
26. Brisacier A.-C. *Tableau de bord TSO 2017*. Saint-Denis, OFDT, 2017, 17 p.
27. Rahis A.-C., Cadet-Tairou A., Delile J.-M., « Les nouveaux visages de la marginalité », dans Costes J.-M. (Dir.), *Les usages de drogues illicites en France depuis 1999*, Saint-Denis, OFDT, 2010, p. 26-37.
28. Cadet-Tairou A., Coquelin A., Toufik A., « CAARUD : profils et pratiques des usagers en 2008 », *Tendances*, OFDT (74), 2010, 4 p.
29. Jauffret-Roustide M., Oudaya L., Rondy M., et al., « Femmes usagères de drogues et pratiques à risque de transmission du VIH et des hépatites. Complémentarité des approches épidémiologique et socio-anthropologique », *Enquête Coquelicot 2004-2007, France*, *BEH - Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, (10-11), 2009, p. 96-99.
30. Scott J.W., « Gender: A useful category of historical analysis », *The American Historical Review*, 91(5), 1986, p. 1053-1075.
31. Nourrisson D. *Au péché mignon. Histoire des femmes qui consomment jusqu'à l'excès*, Paris, Payot, coll. Histoire, 2013.
32. Mutatayi C. « Publics féminins : les approches en matière de prévention et de soins ». Saint-Denis, OFDT, Note n° 2014-10, 2014, 7 p.
33. INSERM. « Conduites addictives chez les adolescents : usages, prévention et accompagnement », Paris, INSERM, coll. Expertise collective, 2014, 482 p.
34. Escots S., Sudérie G. *Revue de la littérature : Femmes et addictions*. Paris, Fédération Addiction, 2013, 50 p.
35. Fédération Addiction. *Femmes et addictions. Accompagnement en CSAPA et CAARUD*. Paris, Fédération Addiction, 2016, 100 p.
36. Mutatayi C. *Accueil addictologique et médicosocial de femmes toxicodépendantes. Expérience en 2010-2011*, Saint-Denis, OFDT, 2014, 35 p.

Remerciements

Cette analyse a bénéficié du soutien financier de la Direction générale de la santé.

À Anne de l'Eprevier et Thierry Delprat pour leur lecture attentive.

tendances

Directeur de la publication

François Beck

Comité de rédaction

Henri Bergeron, Emmanuelle Godeau, Bruno Falissard, Aurélie Mayet, Isabelle Varescon, Frank Zobel

Rédactrice en chef

Julie-Émilie Adès

Infographiste / Frédérique Million

Documentation / Isabelle Michot

Observatoire français des drogues et des toxicomanies

3, avenue du Stade-de-France
93218 Saint-Denis La Plaine cedex
Tél. : 01 41 62 77 16
Fax : 01 41 62 77 00
e-mail : ofdt@ofdt.fr



www.ofdt.fr