

Dr Amandine Luquiens*, Pr Michel Reynaud*, Pr Henri-Jean Aubin*, Mme Céline Talon**, Mme Catherine Bourgain***

* UMR 669 – INSERM, Université Paris Sud et Hôpital Paul Brousse, Villejuif, France

** IPSOS Santé, Paris, France

*** UMR 988 – INSERM, UMR 8211 – CNRS et EHESS – Université Paris Descartes, Villejuif, France

Correspondance : Michel Reynaud, Département de psychiatrie et d'addictologie, Hôpital Paul Brousse, 12-14, avenue Paul Vaillant Couturier, F-94804 Villejuif Cedex. Courriel : michel.reynaud@pbr.aphp.fr

Reçu mars 2013, accepté mai 2013

Dommages et bénéfices associés aux substances addictives

Analyse quantitative de leur perception en population générale
Spécificités parisiennes et franciliennes

Résumé

Objectifs : cette étude vise à quantifier la perception des dommages et des bénéfices associés à six substances ou comportements addictifs communs (alcool, tabac, cannabis, cocaïne, héroïne et jeux de hasard et d'argent) en population générale francilienne et parisienne, à les comparer aux perceptions de la population nationale et à celle des experts en addiction, et à évaluer l'effet de la consommation des substances sur ces perceptions. **Méthodologie :** un auto-questionnaire en ligne est soumis à 1 643 individus, incluant 1 016 individus représentatifs de la population nationale, 600 représentatifs de celle d'Île-de-France et 308 représentatifs de celle parisienne, certains individus étant communs aux trois échantillons. Outre les habitudes de consommation, il contient l'évaluation quantitative de 12 critères couvrant les dommages et bénéfices pour l'utilisateur et pour la société, et précédemment utilisés auprès d'experts en addiction. **Résultats et discussion :** les perceptions de dommages sont très proches entre populations francilienne, parisienne et nationale, pour toutes les substances et plus élevées que celles des experts, pour toutes les substances sauf l'alcool. Substance la plus à risque pour les experts, l'alcool est classé, par les trois populations, derrière l'héroïne et la cocaïne, à égalité avec le cannabis. Les bénéfices sont au contraire jugés plus faibles par les Franciliens et les Parisiens que par les experts. Les évaluations de dommages et de bénéfices par les consommateurs sont plus proches de celles des experts, pour toutes les substances. La consommation est la variable ayant l'influence la plus forte sur les perceptions. Elle permet d'expliquer les quelques spécificités de perceptions des populations franciliennes et parisiennes.

Mots-clés

Addiction – Dommage – Bénéfice – Perception.

Summary

Quantitative analysis of the general population's perception of the harmful effects and benefits associated with addictive substances. Specificities of Paris and the Ile-de-France region
Objectives: this study was designed to quantify the perception of the harmful effects and benefits associated with six common addictive substances or behaviours (alcohol, tobacco, cannabis, cocaine, heroin and gambling) in the general population of Paris and the Ile-de-France region, to compare these perceptions with those of the French population as a whole and those of addiction specialists, and to evaluate the effect of substance use on these perceptions. **Methodology:** an on-line self-administered questionnaire was submitted to 1,643 individuals, including 1,016 individuals representative of the national population, 600 individuals representative of Ile-de-France and 308 individuals representative of Paris (some individuals belonged to all three samples). In addition to usual consumptions, this questionnaire, previously completed by addiction specialists, comprised quantitative evaluation of 12 criteria concerning the harmful effects and benefits for the user and for society. **Results and discussion:** perceptions of harmful effects were very similar between Ile-de-France, Parisian and national populations for all substances and were higher than those reported by addiction specialists for all substances except for alcohol. Alcohol, the substance considered to be the most harmful by addiction specialists, was classified behind heroin and cocaine and in equal position with cannabis by all three populations. In contrast, the benefits of addictive substances were considered to be lower by populations of Paris and the Ile-de-France region than by addiction specialists. Evaluation of harmful effects and benefits by users were similar to those of addiction specialists for all substances. Substance use was the variable with the greatest impact on perceptions and accounts for several specificities of the perception of Paris and Ile-de-France populations.

Key words

Addiction – Harmful effects – Benefit – Perception.

Plusieurs études, visant à évaluer de manière quantitative et comparative les dommages liés à la consommation des substances addictives les plus communes, ont été récemment publiées. Toutes reposent sur un même principe (1-4). Un groupe d'experts en addictologie est invité à mesurer l'importance de différents types de dommages précisément définis, par le biais de scores quantitatifs. Si les modalités précises de ces enquêtes varient d'une étude à l'autre – définitions retenues pour les dommages, modalité d'interrogation des experts, grilles d'évaluation, nombre et nationalité des experts... –, les résultats obtenus présentent une forte cohérence. L'alcool apparaît comme la substance responsable du plus haut niveau de dommages parmi celles étudiées, y compris l'héroïne. On note ainsi un coefficient de corrélation de 0,95 entre les évaluations de dommages réalisées par des experts britanniques (1-4) et celles par les experts français que nous avons interrogés (4).

La publication de la première de ces études (5) n'a pas manqué de provoquer une importante controverse dans le milieu scientifique et le grand public (6). Le fait que des scientifiques puissent considérer une substance légale comme plus dangereuse que des substances illégales semblait heurter l'opinion des politiques et de la population générale (7, 8).

Pour apporter des éléments de compréhension de cette controverse et des éléments d'aide à la conduite des politiques de santé, nous avons mis au point un protocole d'enquête (9) permettant de quantifier la perception en population générale des dommages individuels et sociétaux liés aux substances addictives les plus répandues, en utilisant des mesures quantitatives similaires à celles utilisées dans les études précitées. En effet, la plupart des grandes études nationales régulièrement conduites pour mesurer ces perceptions en population générale ne reposent pas sur des mesures quantitatives précisément définies des différents effets des substances (10-12). S'il existe des études plus ponctuelles proposant des éléments de mesure quantitative des risques (13-15), elles sont ciblées sur un ou deux produits et ne considèrent qu'un nombre restreint de dommages. Enfin, le fait d'utiliser un protocole similaire en population générale et chez des experts en addiction permet d'envisager des comparaisons quantitatives précises, extrêmement difficiles à mener sinon (16).

Par ailleurs, notre protocole d'enquête ne se limite pas à la mesure de dangerosité des substances, mais inclut également l'évaluation quantitative, systématique et com-

parative des bénéfices individuels et sociétaux perçus. L'étude que nous avons menée auprès d'experts français de l'addiction nous a permis en effet de mettre en évidence le poids accordé aux bénéfices perçus par les experts sur l'opinion générale qu'ils avaient des substances addictives étudiées (4). Par ailleurs, l'efficacité des approches thérapeutiques basées sur la réalisation de balances entre bénéfices et dommages, auprès des personnes souffrant de certaines addictions (17), plaide pour une meilleure prise en compte des bénéfices dans les études de perception.

Dans le cadre de notre première étude, menée auprès des experts français de l'addiction (4), nous avons développé une nouvelle grille d'évaluation quantitative, simple d'utilisation et incluant 12 critères explorant tout le spectre des dommages et bénéfices individuels et sociétaux, associés à l'usage d'une substance addictive. Les résultats obtenus en matière de dommages avec cette grille simple s'étant révélés hautement corrélés à ceux d'une étude princeps réalisée auprès d'experts britanniques, par la méthode du consensus (2), nous avons repris cette grille pour l'enquête en population. Le protocole consiste ainsi à soumettre un échantillon aléatoire, représentatif d'un territoire donné, à un auto-questionnaire en ligne implémentant la grille et portant sur les cinq substances addictives et le comportement addictif les plus répandus en France : l'alcool, le tabac, le cannabis, la cocaïne, l'héroïne et les jeux de hasard et d'argent. Un premier panel de 1 016 individus représentatifs de la population française âgée de 18 à 64 ans a fait l'objet d'une publication très récente (9).

Deux autres échantillons, l'un représentatif de la population d'Île-de-France (ÎdF) (n = 600) et l'autre de la population parisienne (n = 308), ont également fait l'objet d'un recueil des perceptions quantitatives des dommages et des bénéfices. Les travaux que nous présentons dans cet article portent sur l'analyse spécifique de ces deux échantillons. Les perceptions des Franciliens et celles des Parisiens sont comparées à celles de la population nationale (9), ainsi qu'à celles des experts français en addictologie (4). L'impact sur ces perceptions des habitudes de consommation (consommateurs ou non-consommateurs dans l'année écoulée) est étudié pour les six substances incluses dans l'enquête. Pour finir, une analyse de sensibilité des perceptions de dommages et de bénéfices aux différents facteurs sociodémographiques disponibles et aux habitudes de consommation est conduite sur l'ensemble des individus interrogés selon ce protocole, soit un total de 1 643 personnes.

Méthodes

Procédure d'échantillonnage

Trois échantillons ont été sélectionnés de façon aléatoire à partir d'un panel en ligne de plus de 619 000 individus représentatifs de la population générale française, développé par IPSOS Interactive Services (Gentilly, France ; <http://www.ipsos-interactive.com>) : un échantillon de 1 016 personnes représentatives de la population nationale (désigné comme échantillon France par la suite), un échantillon de 600 personnes représentatives de la population d'ÎdF (échantillon ÎdF) et un échantillon de 308 personnes représentatives de la population parisienne (échantillon Paris). Certains individus sont communs aux trois échantillons, de sorte qu'un total de 1 643 personnes ont été échantillonnées. Une première analyse de l'échantillon France a été présentée dans l'article de Reynaud et al. (9). Toutes les personnes interrogées étaient invitées par courriel à participer à l'étude. Pour être éligibles, elles devaient être âgées entre 18 et 64 ans et ne pouvaient pas avoir répondu à une étude sur les substances addictives dans les 12 dernières semaines, ni à plus de six études dans les quatre dernières semaines. Pour construire la représentativité, l'échantillonnage aléatoire a été stratifié sur le genre, l'âge, l'emploi, la densité de population dans l'aire de résidence et la région de résidence, en utilisant des données extérieures à notre étude et régulièrement mises à jour par IPSOS. Pour limiter le biais de sélection, les personnes avec un faible taux de réponse aux études étaient sur-échantillonnées (i.e., leur taux de réponse était augmenté par rapport à la réalité) (18). Le panel IPSOS a été approuvé par la Commission nationale informatique et libertés (CNIL). L'étude a été menée du 4 au 24 janvier 2012.

Questionnaire en ligne

Le questionnaire en ligne proposé aux participants avait pour objectif d'évaluer les niveaux de dommages et de bénéfices qu'ils associaient à l'usage de cinq substances addictives (alcool, tabac, cannabis, cocaïne, héroïne) et à un comportement addictif (les jeux de hasard et d'argent). Pour des raisons de simplicité et par convention dans cet article, nous ferons référence au jeu comme à une "substance".

Six types de dommages ont été considérés. Trois couvraient le champ des dommages à l'utilisateur (dommages de santé aigus, dommages de santé chroniques et dépendance) et trois les dommages à la société (coûts de santé et sociaux, coûts légaux, conséquences sociales). Six do-

maines de bénéfices ont été considérés, couvrant le champ des effets bénéfiques potentiels à l'utilisateur (bénéfices hédoniques, identitaires et auto-thérapeutiques) et des effets bénéfiques potentiels à la société (bénéfices économiques, sociaux et culturels).

La définition de ces 12 critères reprend celle développée pour la première étude menée auprès des experts en addiction (4), elle-même validée par le comité exécutif de la Fédération française d'addictologie (FFA), avec des adaptations mineures pour un usage en population générale. La description de ces critères est présentée dans le tableau I. Pour chaque critère, le questionnaire en ligne proposait une échelle visuelle analogique (EVA) allant de 0 ("pas de dommage" / "pas de bénéfice") à 10 ("dommage extrême" / "bénéfice intense" ou "bénéfice hautement significatif") sur laquelle les personnes interrogées devaient placer des marques correspondant à chacune des six substances, de façon à faciliter la comparaison entre substances. Les biais liés à l'ordre des questions étaient contrôlés en présentant à chaque répondant les différents domaines et les différentes substances en ordre aléatoire lors du remplissage des évaluations. Le questionnaire commençait par des questions sociodémographiques, permettant de vérifier la qualité de la représentativité de l'échantillon (âge, sexe, niveau scolaire, catégorie professionnelle, région d'habitation et taille de l'agglomération). Il se terminait par des questions complémentaires portant sur le fait d'avoir ou non des enfants, de pratiquer une religion et sur la consommation éventuelle des six substances étudiées (consommation dans le mois écoulé, consommation occasionnelle dans l'année, consommation ponctuelle dans le passé, expérimentation seule, arrêt de la consommation, jamais de consommation).

Évaluations par les experts en addictologie

L'évaluation des dommages et des bénéfices par les experts, utilisée pour comparaison avec la population générale, a été publiée par Bourgain et al. (4). En résumé, 48 experts, tous membres de la FFA, avaient été recrutés en mai 2010 pour participer à l'évaluation de neuf substances addictives (alcool, tabac, cannabis, cocaïne, héroïne, amphétamines, ecstasy et autres drogues de synthèse, les jeux de hasard et d'argent). Médecins pour 80 % d'entre eux, ce groupe, échantillonné sur la base du volontariat, était représentatif des administrateurs des associations membres de la FFA. Chaque expert avait rempli une grille analogue à celle utilisée dans cette étude, après avoir reçu deux semaines auparavant une liste de publications dans des journaux reconnus et de rapports importants, portant sur les neuf substances évaluées.

Tableau I : Critères de dommages et de bénéfices

	Pour l'utilisateur	Pour la société
Dommages	Dommege aigus : un dommege aigu est un dommege physique ou psychologique immédiat lié à une forte consommation du produit. Exemple : détresse respiratoire, accidents cardio-vasculaires, overdose, comas éthyliques, accidents de la voie publique, violence, état délirant aigu, paranoïa aiguë, etc. Dommegees chroniques : se dit des dommegees qui durent longtemps et se développent progressivement en problèmes familiaux et/ou professionnel, désinsertion socioprofessionnelle, en maladie chronique. Exemples : chômage, cancers, troubles cardio-vasculaires chroniques, pathologies respiratoires, cirrhose, schizophrénie, maladies psychiatriques, maladies neurologiques, hépatites, VIH. Dépendance : perte de contrôle et besoin de consommer de nouveau le produit de façon continue ou ponctuelle afin de retrouver les effets ou fuir le malaise malgré les conséquences liées à sa consommation.	Coûts sanitaires : les coûts sanitaires sont liés aux arrêts maladies, à l'absentéisme, aux dépenses liées aux soins (prise en charge, hospitalisation), à l'invalidité, la prévention face à la consommation des produits addictifs, etc. Il faut savoir que les coûts sanitaires sont associés à la fréquence de consommation et à la dangerosité des produits addictifs. Coûts légaux : les coûts légaux sont associés à la violence et aux comportements antisociaux qu'entraîne aussi la consommation de ces produits. Ils comprennent les coûts liés à la lutte contre le trafic et l'économie souterraine des produits illégaux, etc. Et peuvent également comprendre les frais de douanes, de police, de justice, ainsi que les coûts liés à l'incarcération. Il faut savoir que les coûts légaux sont associés à la fréquence de consommation et à la dangerosité des produits addictifs. Dommegees sociaux : les désordres sociaux liés aux dommegees intentionnels ou non, aux personnes ou aux biens. Les conséquences dans les relations avec l'entourage (la famille, les amis, les collègues...) à cause du changement de comportement de la personne.
Bénéfices	Plaisir, sensations : il s'agit de l'intensité du plaisir obtenu par la consommation du produit, de l'importance des sensations intenses ou inhabituelles. Sentiment d'appartenance à un groupe : la consommation du produit renforce le sentiment d'appartenance à un groupe, contribue à se reconnaître dans l'identité d'un groupe. Bien-être et santé : la consommation du produit permet le soulagement de tensions et de souffrances personnelles, notamment émotionnelles ou relationnelles. Il s'agit également des éventuels effets positifs sur la santé. Exemple : antistress, antidépresseur, bon pour la mémoire, le cœur, la douleur...	Bénéfices économiques : l'importance économique que représentent la production, la vente, la distribution, la commercialisation, la promotion et la consommation des produits licites (permis par la loi) incluant les taxes et impôts. Ces bénéfices pour la société s'évaluent en tenant compte du nombre de consommateurs. Bénéfices sociaux : l'importance de la consommation du produit pour la société : les équilibres sociaux, entre les groupes contribuant à la production, à la distribution, à la consommation, à la cohésion sociale. Ces bénéfices pour la société s'évaluent en tenant compte du nombre de consommateurs. Exemples : lobby de producteurs, aide à la création de lien entre les individus d'un groupe. Bénéfices culturels : il s'agit de la place du produit pour représenter ou promouvoir un mouvement culturel, sa valeur festive ou conviviale, la promotion de rituels, la transmission d'un savoir-faire. Ces bénéfices pour la société s'évaluent en tenant compte du nombre de consommateurs. Exemples : savoir-faire quant à la production d'un produit, valeur initiatique, image du groupe consommateur.

Analyses statistiques

Dans un premier temps, les moyennes de scores d'EVA ont été calculées pour chacun des 12 critères dans les trois échantillons représentatifs : France (n = 1 016), ÎdF (n = 600) et Paris (n = 308). Des scores composites ont été ensuite calculés pour chaque substance. Le score de dommages global a été obtenu en sommant les moyennes de scores EVA correspondant aux six critères de dommages. Les valeurs de ce score pouvaient donc varier entre 0 et 60. Par construction, ce calcul de score global donne une importance égale aux dommages à l'utilisateur (trois critères) et aux dommages à la société (trois critères), en cohérence

avec de précédentes études (2, 4). De la même manière, le score global de bénéfices a été obtenu en sommant les moyennes de scores EVA correspondant aux six critères de bénéfices. Ses valeurs pouvaient donc varier entre 0 et 60. Ce score donne une importance égale aux bénéfices à l'utilisateur et aux bénéfices à la société.

Les scores composites obtenus dans les échantillons ÎdF et Paris ont été comparés aux scores obtenus par Bourgain et al. (4) chez les experts en addiction, en utilisant des tests t de Student. De la même façon, les scores obtenus à Paris et en ÎdF ont été comparés avec les scores obtenus dans l'échantillon France en utilisant des tests t (les valeurs de

p obtenues pour ces dernières comparaisons doivent toutefois être interprétées avec précaution dans la mesure où les échantillons se chevauchent partiellement).

Pour chaque substance, les scores globaux de dommages et de bénéfices ont été calculés dans les sous-échantillons de personnes ayant déclaré une consommation de cette substance dans l'année écoulée (consommation dans le mois écoulé ou occasionnellement au cours de l'année écoulée), à Paris et en ÎdF. Ils ont été comparés aux scores globaux obtenus par Bourgain et al. (4) chez les experts en addiction, en utilisant des tests t de Student.

Dans un second temps, les trois échantillons ont été regroupés (en éliminant les doublons) en un échantillon unique de 1 643 individus (échantillon global). Contrairement aux trois autres, l'échantillon global n'est pas représentatif d'un territoire. Il permet néanmoins de tester l'effet de variables sur les valeurs de scores composites. Pour ce faire, nous avons procédé par régression linéaire multivariée.

Pour chaque substance, le score global de dommages est modélisé comme résultant de la combinaison linéaire d'une ou de plusieurs variables explicatives. Le modèle le plus simple utilisé est présenté à l'équation 1 : $\text{ScoreDommage} = \text{Paris}$ (Éq.1). Il permet de tester de façon statistiquement rigoureuse l'effet de la variable binaire "être habitant de Paris" (Paris : valant 1 si c'est le cas, 0 sinon) sur le score global de dommages. Un modèle similaire a été utilisé pour tester l'effet de la variable binaire "être habitant d'ÎdF" (ÎdF : valant 1 si c'est le cas, 0 sinon) : $\text{ScoreDommage} = \alpha + \beta_1 \text{ÎdF}$ (Éq.2). Des modèles incluant en plus de la variable "être habitant de Paris" (ou d'ÎdF), la variable binaire "avoir consommé le produit dans l'année écoulée" (Conso valant 1 si c'est le cas, 0 sinon) ont été ensuite considérés : $\text{ScoreDommage} = \alpha + \beta_1 \text{Paris} + \beta_2 \text{Conso}$ (Éq.3) ou $\text{ScoreDommage} = \alpha + \beta_1 \text{ÎdF} + \beta_2 \text{Conso}$ (Éq.4). Ces modèles permettent de tester si l'effet être habitant de Paris (ou d'ÎdF) est encore détecté lorsque le statut de consommateur/non-consommateur est pris en compte, tout en évaluant l'effet de la variable "avoir consommé le produit dans l'année écoulée" sur le score global de dommages.

Enfin, un modèle général incluant les huit variables disponibles est également considéré : $\text{ScoreDommage} = \alpha + \beta_1 \text{Âge} + \beta_2 \text{Homme} + \beta_3 \text{Bac} + \beta_4 \text{Profession} + \beta_5 \text{Enfants} + \beta_6 \text{Religion} + \beta_7 \text{Paris} + \beta_8 \text{Conso}$ (Éq.5). Dans ce modèle, Âge est la variable quantitative correspondant à l'âge ; Homme une variable binaire fixée à 1 pour les hommes

et 0 pour les femmes ; Bac est une variable binaire fixée à 1 si la personne est titulaire d'un baccalauréat, à 0 sinon ; Profession est une variable catégorielle constituée des cinq catégories présentées dans le tableau II et modélisée par quatre coefficients de régression différents ; Enfants est une variable binaire égale à 1 lorsque la personne déclare avoir des enfants, à 0 sinon ; Religion est une variable binaire égale à 1 lorsque la personne déclare pratiquer une religion, à 0 sinon ; Paris et Conso sont les variables définies pour les modèles précédents. Le modèle de l'Éq.5 permet à la fois de tester si l'effet être habitant de Paris (ou d'ÎdF) est détecté lorsque toutes les autres variables sont prises en compte et d'identifier les variables qui ont un effet significatif sur le score en corrigeant pour toutes les autres.

Quel que soit le modèle considéré, les valeurs des paramètres du modèle (deux paramètres α et β_1 pour Éq.1 et Éq.2 ; trois paramètres α , β_1 et β_2 pour Éq.3 et Éq.4, et neuf paramètres α et β_1 - β_8 pour Éq.5) sont estimées par maximum de vraisemblance, et leur significativité est évaluée par un test t de Student. La valeur du paramètre β associé à une variable reflète l'importance de l'effet de cette variable sur le score global de dommages. Si le β est négatif, cela signifie que les individus concernés (par exemples les habitants de Paris, ou les habitants d'ÎdF, ou les consommateurs) ont tendance à sous-évaluer le score global de dommage par rapport aux individus non concernés (n'habitant pas Paris, ou pas l'ÎdF, ou n'ayant pas consommé le produit dans l'année écoulée) ; au contraire, s'il est positif, ces mêmes individus ont tendance à sur-évaluer le score global. La valeur de p associée au test t

Tableau II : Caractéristiques socio-économiques des échantillons Paris (n = 308), Île-de-France (n = 600) et France (n = 1 016)

Caractéristique	Paris	Île-de-France	France
Âge moyen (ans)	38,5	38,7	40,3
Hommes	45 %	47 %	49 %
Niveau d'études :			
- Bac	88 %*	76 %	72 %
- Université	76 %*	60 %*	52 %
Statut professionnel			
- Agriculteur, ouvrier	6 %*	11 %*	27 %
- Employé, profession intermédiaire	35 %	42 %*	31 %
- Cadre supérieur	34 %*	20 %	15 %
- Artisan, commerçant, chef d'entreprise	4 %	3 %	6 %
- Retraité ou inactif	21 %	24 %	21 %
Avec enfants	30 %*	41 %*	55 %
Pratique une religion	16 %	15 %	11 %

* Le test de comparaison entre les échantillons Paris (ou Île-de-France) et France est significatif après correction pour le nombre de tests effectués (p-value nominale < 0,002).

de Student pour un paramètre mesure la significativité de cet effet de la variable. Les modèles présentés aux équations 1 à 5 sont également utilisés pour évaluer l'effet des mêmes variables sur les scores globaux de dommages des six substances étudiées.

Pour tenir compte du fait qu'un nombre certain de tests sont réalisés au cours de ces différentes analyses, nous avons choisi d'appliquer une correction de Bonferroni aux résultats des tests individuels. Lorsque k tests différents sont réalisés, le seuil de significativité retenu pour une valeur de p globale de 5 % est égal à $k/0,05$. Toutes les analyses statistiques ont été effectuées avec le logiciel R (19).

Résultats

Caractéristiques des échantillons

Les caractéristiques sociodémographiques des trois échantillons France (1 016 individus), ÎdF (600 individus) et Paris (308 individus) sont présentées dans le tableau II. Les seuils de significativité des tests de comparaisons ne sont présentés qu'à titre indicatif. Comme nous l'avons

souligné, ces trois échantillons sont légèrement chevauchants. En conséquence, les conditions de validité statistique de ces tests ne sont pas strictement remplies.

Les individus des échantillons parisiens et franciliens ont moins souvent des enfants et sont plus nombreux à avoir poursuivi des études supérieures que ceux de l'échantillon France. Les statuts professionnels y sont répartis de façon différente avec un excès de cadres supérieurs à Paris, d'employés et de professions intermédiaires en ÎdF et d'ouvriers ou agriculteurs sur le territoire national.

Le tableau III présente les prévalences de consommations dans l'année écoulée pour les six substances étudiées, à Paris, en ÎdF et en France, ainsi que les données rapportées par l'OFDT (20, 21), elles-mêmes basées sur l'étude de 2010 portant sur 27 653 individus âgés de 11 à 75 ans. À l'exception de l'héroïne pour laquelle notre échantillon est trop petit pour une mesure de prévalence (aucun individu interrogé n'a déclaré de consommation dans l'année écoulée) et des jeux de hasard et d'argent, la consommation de substances addictives est plus élevée à Paris que dans le reste du pays, notamment pour l'alcool (+ 4 % par rapport à l'échantillon national) et le cannabis (+ 6 %). Pour les jeux

Tableau III : Prévalence des consommations dans l'année écoulée pour les six substances dans les échantillons Paris, Île-de-France et France ; données OFDT pour comparaison (21)

Substance	Paris	Île-de-France	France	Données OFDT
Alcool	89,0 % (n = 273)*	84,0 % (n = 500)	83,0 % (n = 843)	84,0 %
Jeux de hasard et d'argent	31,5 % (n = 97)*	40,0 % (n = 238)	42,0 % (n = 429)	32,0 %
Tabac	35,0 % (n = 107)	33,0 % (n = 197)	30,0 % (n = 306)	32,0 %
Cannabis	10,5 % (n = 32)*	7,7 % (n = 46)	4,5 % (n = 45)	7,7 %
Cocaïne	1,3 % (n = 4)	0,3 % (n = 2)	0,6 % (n = 6)	0,8 %
Héroïne	0,0 % (n = 0)	0,0 % (n = 0)	0,0 % (n = 0)	ND

Les prévalences sont présentées en % et le nombre n d'individus déclarant une consommation sont entre parenthèses. ND : non disponible.

* Le test de comparaison entre les échantillons Paris (ou Île-de-France) et France est significatif après correction pour le nombre de tests effectués (valeur de p nominale < 0,01).

Tableau IV : Scores globaux de dommages et de bénéfices en Île-de-France et à Paris ; comparaison avec les scores obtenus sur l'échantillon France entière (9) et avec les perceptions des experts (4)

Scores globaux	Échantillon	Héroïne	Cocaïne	Alcool	Cannabis	Tabac	Jeux de hasard et d'argent
Dommages	Île-de-France	55,7 ^E	54,5 ^E	46,7	45,9 ^{fE}	41,7 ^E	33,9 ^E
	Paris	55,6 ^E	53,6 ^{fE}	46,6	44,8 ^{fE}	41,9 ^E	35,2 ^{fE}
	France	55,8	54,9	47,3	47,3	42,1	33,7
	Experts	44,9	38,7	48,1	31,4	31,9	22,6
Bénéfices	Île-de-France	18,0 ^E	19,1 ^E	29,8 ^E	24,6 ^E	26,9 ^E	24,9 ^E
	Paris	18,4 ^E	20,2 ^E	31,7 ^{fE}	25,8 ^E	27,4 ^E	25,2 ^e
	France	19,0	19,7	29,8	24,5	27,0	25,1
	Experts	25,0	26,7	45,5	31,1	34,3	28,8

E, e : le score (Paris ou Île-de-France) est significativement différent de celui des experts (E : valeur de p < 0,01 ; e : valeur de p < 0,05).

F, f : le score (Paris ou Île-de-France) est significativement différent de celui de la France (F : valeur de p < 0,01 ; f : valeur de p < 0,05).

de hasard et d'argent en revanche, les Parisiens déclarent une consommation plus faible de - 10,5 % par rapport à l'échantillon national. L'échantillon francilien présente des niveaux de consommation situés entre ceux de Paris et ceux du territoire national, avec toutefois une consommation de cannabis (+ 3 %) plus élevée que dans le reste du pays. À l'exception des jeux de hasard et d'argent, l'échantillon francilien est d'ailleurs très proche des données de l'OFDT.

Dommages

Les évaluations quantitatives des dommages associés aux substances addictives par les habitants de Paris et d'ÎdF sont globalement très proches de celles observées sur la France entière (tableau IV, figure 1). L'héroïne et la cocaïne sont estimées comme étant les deux substances les plus dangereuses (scores globaux de dommages respectivement 55,6 à Paris, 55,7 en ÎdF et 55,8 en France pour l'héroïne, et 53,6 à Paris, 54,4 en ÎdF et 54,9 en France pour la cocaïne). Le haut niveau de dommages global associé à l'héroïne et à la cocaïne n'est pas dû à un dommage en

particulier dans la mesure où les six critères de dommages pour ces deux substances sont estimés supérieurs à ceux estimés pour l'alcool. L'alcool et le cannabis occupent la troisième et quatrième place avec des niveaux de dommages très proches (scores moyens de dommages globaux à Paris de 46,6 pour l'alcool et 44,8 pour le cannabis, et en ÎdF de 46,8 pour l'alcool et 45,9 pour le cannabis). Suivent le tabac puis les jeux de hasard et d'argent, considérés comme les deux substances les moins dangereuses, avec des scores respectivement de 41,9 et 35,2 à Paris, et de 41,7 et 33,9 en ÎdF.

Quelques différences sont toutefois à noter. Le niveau de dommages associé aux jeux de hasard et d'argent par les Parisiens est supérieur à celui estimé par l'ensemble des Français. Au contraire, les scores globaux de dommages associés à la cocaïne et au cannabis sont jugés moins élevés par les Parisiens que par la population nationale. Dans le cas de l'ÎdF, la seule différence notable concerne le cannabis dont le score global de dommages est également jugé moins élevé par les Franciliens que par la population nationale.

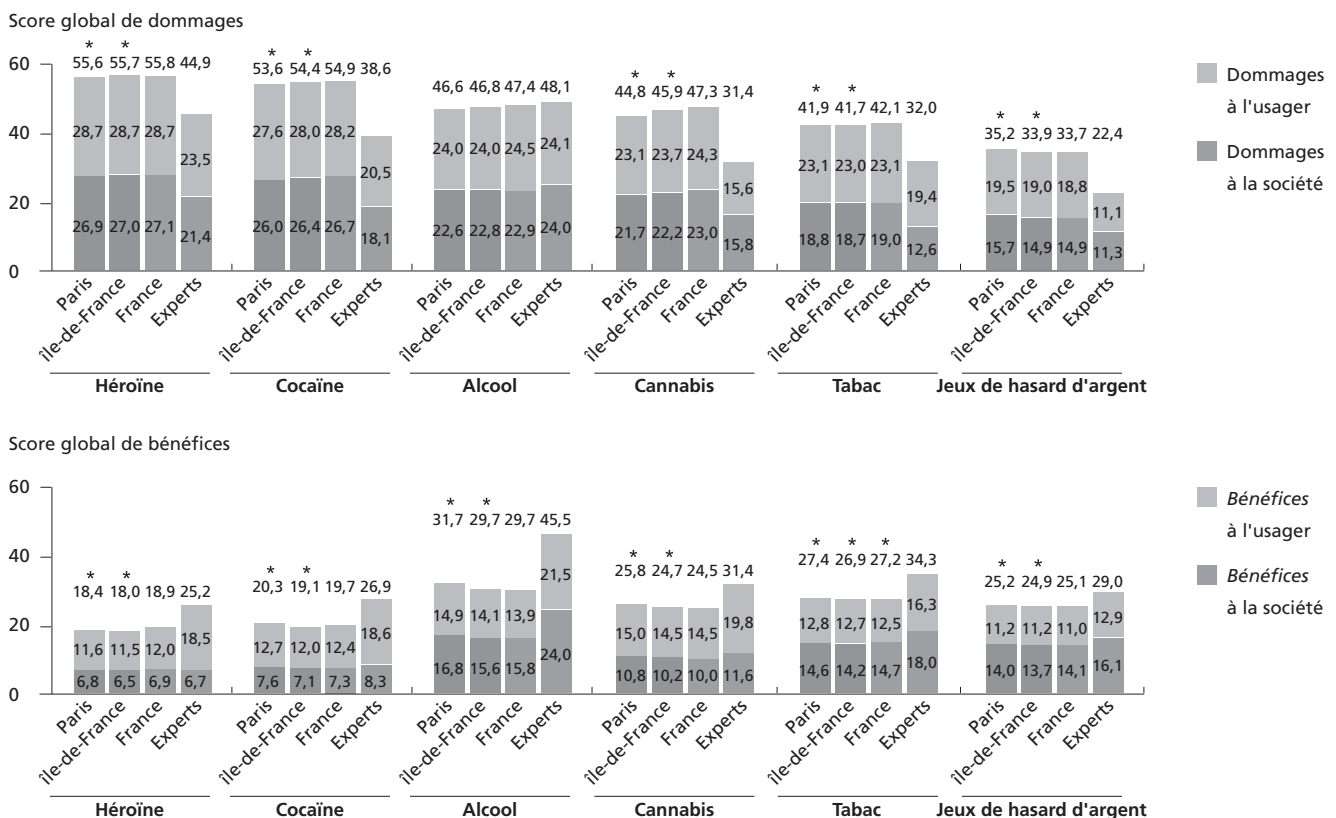


Figure 1. – Scores globaux associés aux substances addictives estimés dans les échantillons Paris et Île-de-France, et pour comparaison dans l'échantillon France (9) et chez les experts (4). Les valeurs de scores globaux sont précisées au-dessus des histogrammes (* si l'évaluation diffère significativement de celle des experts correspondante).

La comparaison entre les niveaux de dommages estimés par les échantillons parisiens et franciliens et par les experts en addictologie (tableau IV, figure 1) confirme deux résultats intéressants obtenus sur l'échantillon national (9). Premièrement, le niveau global des dommages associé à l'ensemble des substances, à l'exception de l'alcool, est significativement supérieur à celui attribué par les experts. Ces surestimations par rapport aux experts ne sont pas liées à une dimension de dommages particulière. Elles sont observées pour chacun des six critères de dommages évalués. Deuxièmement, le niveau de dommage associé à l'alcool par les Parisiens et par les Franciliens est inférieur à celui estimé par les experts, bien que de façon non significative (score global de dommages de 46,8 en ÎdF et 46,6 à Paris vs 48,1 pour les experts).

À Paris comme en ÎdF, les scores globaux de dommages estimés par les sous-groupes de personnes consommatrices de la substance dans l'année sont systématiquement moins élevés que dans les échantillons complets (tableau V) et globalement plus proches des scores proposés par les experts. Dans le cas du cannabis, les évaluations globales de dommages par les consommateurs parisiens ($n = 32$) et franciliens ($n = 46$) ne sont plus significativement différentes de celles des experts. Ce résultat est retrouvé lorsque

les dommages à l'utilisateur et les dommages à la société sont traités séparément (données non présentées). Si les scores globaux de dommages pour la cocaïne ne sont pas non plus significativement différents entre consommateurs et experts, deux éléments invitent à la prudence. D'une part, le nombre de consommateurs déclarés est très faible (quatre à Paris et deux en ÎdF). D'autre part, la décomposition en dommages à l'utilisateur et dommages à la société fait apparaître une évaluation par les consommateurs nettement inférieure à celle des experts pour les dommages à l'utilisateur et au contraire une évaluation supérieure pour les dommages à la société.

Bénéfices

Les évaluations quantitatives des bénéfices associés aux substances addictives par les habitants de Paris et d'ÎdF sont globalement proches de celles observées sur la France entière (tableau IV, figure 1). Le score global de bénéfices est inférieur au niveau médian (< 30) pour tous les produits, à l'exception de l'alcool auquel les Parisiens associent un score global de bénéfices de 31,7. En ÎdF, les trois substances légales sont associées aux scores de bénéfices les plus élevés dans l'ordre alcool, tabac, jeux de hasard et d'argent (scores globaux de bénéfices res-

Tableau V : Scores globaux de dommages et de bénéfices évalués par les personnes déclarant une consommation de la substance dans l'année écoulée en Île-de-France et à Paris. Comparaison avec les perceptions des experts (4)

Score global	Échantillon	Cocaïne	Alcool	Cannabis	Tabac	Jeux de hasard et d'argent
Dommages	Île-de-France	39,42	46,24	31,52	38,81 ^E	31,29 ^E
	Paris	31,22	46,36	33,47	39,71 ^E	30,95 ^E
	Experts	38,70	48,10	31,40	31,90	22,60
Bénéfices	Île-de-France	35,60	30,50 ^E	35,70	30,00 ^e	26,10
	Paris	32,50	32,50 ^E	35,60	29,00 ^E	27,60
	Experts	26,70	45,50	31,10	34,30	28,80

E, e : le score (Paris ou Île-de-France) est significativement différent de celui des experts (E : valeur de $p < 0,01$; e : valeur de $p < 0,05$).

Tableau VI : Effets de la variable "être habitant de Paris" sur les scores globaux de dommages et de bénéfices en fonction des autres variables prises en compte (âge, sexe, Bac, profession, enfants, religion, consommation de la substance dans l'année) ; coefficients de régression linéaire (β_i) et p -values correspondantes

		Régression incluant dans le modèle les variables					
		Paris		Paris et consommation		Toutes les variables	
Score global	Substance	Effet de la variable Paris (β_i)	valeur de p	Effet de la variable Paris (β_i)	valeur de p	Effet de la variable Paris (β_i)	valeur de p
Dommages	Cocaïne	- 1,2*	0,0071	- 1,14	0,010	- 0,88	0,07
	Cannabis	- 2,2*	0,0012	- 1,12	0,100	- 0,90	0,19
	Jeux de hasard et d'argent	+ 1,4	0,0350	+ 1,0	0,150	+ 1,1	0,20
Bénéfices	Alcool	+ 2,3*	0,0007	+ 1,6	0,025	+ 1,4	0,05
	Cannabis	+ 1,6	0,0310	+ 1,2	0,130	+ 0,5	0,52

* Effet significatif après correction pour le nombre de tests (valeur de $p < 0,003$).

pectivement de 29,7, 26,9 et 24,9), principalement en raison de bénéfices sociétaux estimés plus élevés pour les substances légales (en particulier pour ce qui est du critère des bénéfices économiques et sociaux). Ce classement est légèrement différent à Paris. Pour les Parisiens en effet, si l'alcool et le tabac sont associés aux bénéfices les plus élevés (respectivement 31,7 et 27,4), c'est le cannabis qui est classé troisième avec des bénéfices légèrement supérieurs à ceux des jeux de hasard et d'argent (respectivement 25,8 et 25,2). De façon plus générale, est retrouvé à Paris et en ÎdF un résultat décrit au niveau national (9) qui veut que le cannabis est la substance associée aux bénéfices pour l'usager les plus élevés (voir figure 1). La seule substance présentant un score global de bénéfices significativement différent des évaluations nationales est l'alcool à Paris (31,7 à Paris vs 29,7 en France).

La comparaison entre les niveaux de bénéfices estimés par les échantillons parisiens et franciliens et par les experts en addictologie (tableau IV, figure 1) confirme deux résultats intéressants obtenus sur l'échantillon national (9). Premièrement, les scores globaux de bénéfices associés à toutes les substances sont significativement inférieurs à ceux attribués aux mêmes substances par les experts. C'est pour l'alcool que le différentiel est le plus net (score global de 45,5 pour les experts vs 29,7 en ÎdF et 31,7 à Paris). Deuxièmement, ces écarts reflètent principalement des différences dans les perceptions des bénéfices pour l'usager, jugés nettement moins élevés par les Parisiens et par les Franciliens que par les experts (voir figure 1).

À Paris comme en ÎdF, les scores globaux de bénéfices estimés par les sous-groupes de personnes consommatrices de la substance dans l'année sont systématiquement plus élevés que dans les échantillons complets (tableau V) et globalement plus proches des scores proposés par les experts. Dans le cas du cannabis et de la cocaïne, les évaluations de bénéfices par les consommateurs ne sont plus statistiquement différentes de celles des experts. Si les effectifs plus faibles de ces échantillons appellent cette fois encore à la prudence, il est intéressant de noter que, dans ce cas, les scores de bénéfices pour l'usager sont évalués à des niveaux comparables à ceux des experts, alors que les bénéfices pour la société sont évalués à des niveaux plus élevés par les consommateurs que par les experts.

Analyse multivariée

Pour répondre à la question de savoir si les quelques différences observées entre les évaluations des scores globaux de dommages et de bénéfices à Paris ou en ÎdF

et les évaluations nationales peuvent être expliquées par les spécificités de caractéristiques sociodémographiques disponibles ou par les habitudes de consommation, nous avons procédé en comparant les résultats obtenus par régressions linéaires basées sur différents modèles et appliquées sur l'échantillon global ($n = 1\,643$). Le tableau VI présente les résultats obtenus pour les trois scores globaux de dommages (cocaïne, cannabis et jeux de hasard et d'argent) et pour les deux scores globaux de bénéfices (alcool et cannabis) présentant des spécificités statistiquement significatives à Paris. Lorsque la seule variable utilisée pour modéliser ces scores est la variable "être habitant de Paris" (modèle de l'équation Éq.1), l'effet de cette variable est bien détecté. En revanche, si l'on ajoute la variable "avoir consommé la substance dans l'année écoulée" (modèle de l'équation Éq.2), l'effet de la variable "être habitant de Paris" disparaît totalement, pour les cinq scores considérés. Cette disparition d'effet est encore plus nette lorsque les sept autres variables disponibles sont ajoutées au modèle (modèle de l'équation Éq.5). Aucun des scores de dommages et de bénéfices ne présente de différence statistiquement significative entre le groupe des non-consommateurs de Paris et celui des non-consommateurs non parisiens (données non présentées). Tous les scores de dommages et de bénéfices sont similaires chez les consommateurs parisiens et non parisiens, à l'exception du score de bénéfices pour l'alcool dont le niveau est statistiquement plus élevé chez les consommateurs parisiens (32,4) que chez les non-parisiens (score = 30,0, la valeur de $p = 0,0002$).

Pour l'ÎdF, le score global de dommages pour le cannabis était le seul à présenter une différence statistiquement significative avec l'évaluation obtenue par l'échantillon national. Lorsque la variable "être habitant d'ÎdF" est utilisée seule pour modéliser le score global de dommages pour le cannabis (modèle de l'équation Éq.3), un effet est détecté (coefficient de la régression = - 1,1 et la valeur de p associée = 0,04, non significative après correction de Bonferroni), mais lorsque la variable "avoir consommé la substance dans l'année écoulée" est ajoutée au modèle (modèle de l'équation Éq.4), l'effet "être habitant d'ÎdF" disparaît totalement (coefficient de la régression = - 0,6 et la valeur de p associée = 0,25).

Le tableau VII présente pour finir les résultats obtenus lorsque toutes les variables disponibles (âge, sexe, enfants, religion, Paris, Bac, profession et consommation) sont utilisées pour modéliser les scores de dommages ou de bénéfices pour chacune des six substances (modèle de l'équation Éq.5). La consommation apparaît comme

Tableau VII : Variables significativement associées aux scores globaux de dommages et de bénéfices par régression multivariée incluant toutes les variables disponibles (âge, sexe, Bac, profession, enfants, religion, Paris et consommation du produit) avec un seuil de significativité de 5×10^{-4}

Score global	Substance	Variables	Effet de la variable (β)	valeur de p
Dommages	Alcool	Homme	- 3,30	10^{-12}
		Consommation	- 2,40	0,0003
		Âge	+ 0,09	0,00001
	Tabac	Consommation	- 3,90	10^{-13}
		Âge	+ 0,08	0,0004
	Jeux de hasard et d'argent	Consommation	- 4,30	10^{-13}
		Homme	- 2,40	10^{-5}
	Cannabis	Consommation	- 13,10	10^{-29}
		Homme	- 2,60	3×10^{-6}
	Cocaïne	Consommation	- 14,30	10^{-10}
		Homme	- 1,90	10^{-6}
	Héroïne	-	-	-
Bénéfices	Alcool	Consommation	+ 4,10	10^{-7}
	Tabac	Consommation	+ 3,50	10^{-9}
		Homme	- 3,30	10^{-9}
	Jeux de hasard et d'argent	Enfants	+ 2,10	0,0003
		Consommation	+ 1,80	0,0002
	Cannabis	Consommation	+ 11,50	10^{-18}
		Homme	- 2,50	0,0001
		Religion	- 2,90	0,0008
	Cocaïne	Consommation	+ 12,00	0,0004
		Homme	- 3,30	10^{-8}
	Héroïne	Homme	- 3,60	10^{-9}

la variable dont l'effet sur les scores de dommages et de bénéfices est le plus déterminant, pour toutes les substances (sauf l'héroïne faute d'information). Ces effets sont particulièrement importants pour les produits illicites, cannabis et cocaïne. De façon intéressante, l'effet d'une autre variable est statistiquement significatif pour la plupart des scores de dommages et de bénéfices : le sexe. Les évaluations de dommages par les hommes sont généralement moins élevées que celles des femmes, mais ces dernières proposent des évaluations de bénéfices globalement supérieures à celles des hommes. La figure 2 illustre ces effets en présentant les valeurs de scores de dommages et de bénéfices dans les quatre sous-groupes hommes consommateurs, hommes non consommateurs, femmes consommatrices, femmes non consommatrices. L'effet du sexe sur les scores de dommages et de bénéfices est toutefois nettement inférieur à celui de la consommation, en particulier pour les deux substances illicites analysables, le cannabis (effet de la consommation sur le score de dommages = - 13,1 vs - 2,6 pour le sexe, sur le score de bénéfices = + 11,5 vs - 2,5 pour le sexe) et la cocaïne (effet de la consommation sur le score de dommages = - 14,3 vs - 1,9 pour le sexe, sur le score de bénéfices = + 12 vs - 3,3 pour le sexe).

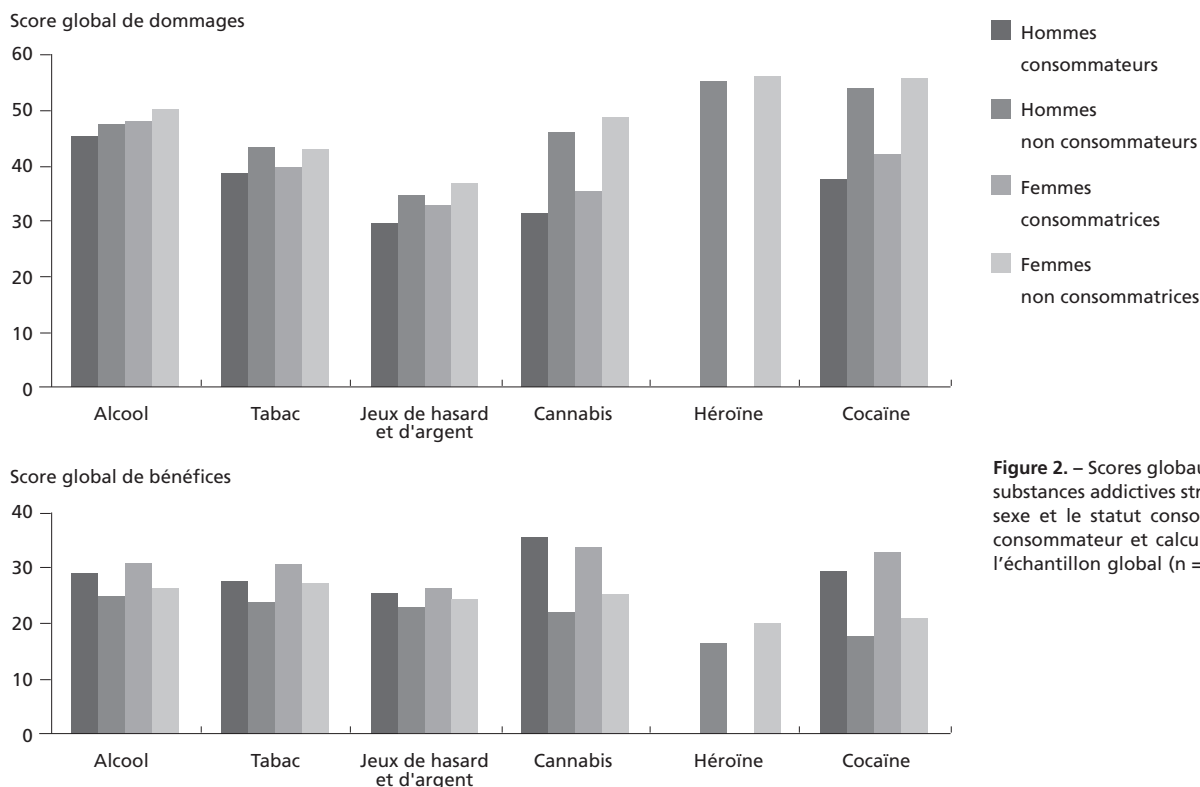


Figure 2. – Scores globaux associés aux substances addictives stratifiés selon le sexe et le statut consommateur/non-consommateur et calculés à partir de l'échantillon global (n = 1 643).

Discussion des résultats

En ÎdF et à Paris, comme sur l'ensemble du territoire, la population, âgée de 18 à 64 ans, associe des dommages plus élevés aux six substances addictives étudiées que ne le font les experts en addictologie, qu'il s'agisse des dommages à l'utilisateur ou des dommages pour la société. Toutefois, l'alcool fait figure d'exception dans les représentations de la population générale, avec une estimation de niveau de dommages à l'utilisateur et à la société proche de celles des experts. L'héroïne et la cocaïne sont perçues comme les deux substances associées au niveau de dommages le plus élevé, du point de vue de l'utilisateur comme du point de vue sociétal, incluant l'impact légal, social et de santé publique, et la population fait peu de différence entre les niveaux de dommages associés à ces deux substances.

Alors qu'il est considéré par les experts comme la substance associée aux dommages les plus élevés, l'alcool n'arrive ainsi qu'en troisième position du classement de dangerosité de la population générale. Ses effets négatifs sur l'utilisateur et sur la société sont même jugés de même ordre que ceux du cannabis. Les raisons de ce statut particulier de l'alcool au sein de la population générale sont complexes. Il est possible en particulier que l'usage de l'alcool étant largement répandu et bien accepté socialement, tous les individus, qu'ils soient consommateurs ou non, aient une expérience personnelle des effets de l'alcool (sur eux ou le cas échéant sur certains de leurs proches) et qu'en conséquence leurs perceptions se rapprochent de celles des experts. Mais puisque ce n'est pas le cas pour la cocaïne, l'héroïne, le cannabis ou le tabac, en pratique, l'alcool n'est pas considéré comme la substance la plus nocive pour l'utilisateur et la société, un résultat en contradiction forte avec les évaluations des experts. Cette inversion de perception des niveaux de dommages entre population et experts contribue certainement à expliquer comment les substances illicites peuvent bénéficier d'une telle priorité dans les politiques de santé et de sécurité publique, au détriment de l'alcool (22).

La tendance à la surestimation par la population générale des risques pour l'utilisateur a déjà été décrite de façon ponctuelle dans d'autres populations. Viscusi (15) a ainsi montré une surestimation du risque de cancer du poumon lié à la consommation de tabac dans un échantillon aléatoire représentatif de la population des États-Unis, âgée de 16 ans et plus. Viscusi et al. (23) ont confirmé ce résultat, élargi à d'autres dommages précis associés au tabac, dans un échantillon espagnol. En Suède, Lund-

borg et Andersson (16) ont également montré que les adolescents surestimaient le risque de mortalité lié à la consommation de tabac. Lundborg et Lindgren (14) ont, quant à eux, établi que les adolescents surestimaient le risque de dépendance lié à la consommation d'alcool. Dans ces études, les risques sont abordés par un petit nombre d'indicateurs très précis (taux de survenue d'une maladie, taux de mortalité, taux d'échec à l'arrêt de la consommation...) pour lesquels les auteurs disposent de données chiffrées disponibles dans la littérature scientifique. Les résultats sont donc à la fois moins dépendants du groupe d'experts mobilisés et moins généraux que ceux obtenus par notre protocole d'enquête. Mais ils viennent en renforcer la portée.

Si le niveau de connaissances des dommages associés aux substances addictives est un élément important pour bâtir des politiques de prévention efficaces (24), la surestimation observée pour toutes les substances, à l'exception de l'alcool, appelle à introduire d'autres éléments que ceux portant sur les risques associés.

En ÎdF et à Paris, comme sur l'ensemble du territoire, la population, âgée de 18 à 64 ans, associe des bénéfices moins élevés aux six substances addictives étudiées que ne le font les experts en addictologie. Cet écart est principalement dû aux différences de perceptions des bénéfices pour l'utilisateur. Les experts consultés dans l'étude Bourgain et al. (4), et dont les évaluations ont été utilisées ici pour comparaison, ont été sélectionnés pour leur connaissance des dommages associés aux substances addictives étudiées (80 % sont médecins). Il est néanmoins indéniable que les échanges fréquents qu'ils ont avec les consommateurs, la position empathique du thérapeute qui est la leur et une pratique d'approches basées sur la balance décisionnelle pour certains d'entre eux leur confèrent une connaissance des bénéfices associés aux consommations qui dépasse celle reposant sur leurs seules expériences de consommation. L'écart d'évaluation avec la population générale suggère ainsi qu'une meilleure connaissance des bénéfices conduit à leur reconnaître une existence plus nette et à leur associer des valeurs plus élevées. Le cas particulier de l'alcool, substance pour laquelle les évaluations par les experts et par la population sont les plus divergentes alors même qu'il s'agit du produit le plus consommé, reste à analyser. Il n'est évidemment pas possible d'exclure l'hypothèse d'un résultat spécifique au groupe d'experts sollicités pour l'enquête. Dans le cas où le résultat viendrait à être confirmé par d'autres études, une explication pourrait résider dans la position de soignants des experts interrogés. Plus sensibles au facteur "prévalence de la

consommation", ils seraient plus prônes à considérer la substance addictive la plus consommée en France comme associée à des bénéfices particulièrement élevés.

Nos résultats montrent également qu'à Paris et en ÎdF, comme au niveau national, les personnes ayant eu une expérience de consommation d'une substance dans l'année écoulée en ont une perception, en matière de dommages comme de bénéfices, qui se rapproche nettement de celles des experts en addiction. Les connaissances que les usagers ont des dommages associés aux substances qu'ils consomment ont déjà été décrites par des approches qualitatives (25) et quantitatives (5) ciblées sur les usagers. Certains des travaux déjà cités, analysant la connaissance des risques à partir d'indicateurs ciblés, ont également montré une corrélation négative entre consommation et perception des risques (13). En analysant globalement les évaluations portées par les 1 643 individus échantillonnés, nos travaux généralisent ces résultats et suggèrent que l'expérience de consommation est la variable dont l'effet sur les scores de dommages, mais aussi sur les scores de bénéfices, est le plus déterminant, tout particulièrement pour les deux substances illicites disponibles à l'analyse, la cocaïne et le cannabis. Une hypothèse permettant d'expliquer ce dernier résultat serait de considérer que lorsqu'un individu décide de consommer une substance malgré l'existence de lois interdisant son usage, il est plus à même de réfléchir en termes de balance bénéfices/dommages et de préciser ses perceptions des dommages mais aussi des bénéfices associés au produit. En conséquence, les interventions tendant à ignorer ou négliger l'existence des bénéfices associés à l'usage de substances auraient peu de chance de sensibiliser les consommateurs chez lesquels la conscience des bénéfices est particulièrement présente et qui ont une bonne connaissance des dommages potentiels. Des approches inspirées de la balance décisionnelle, communément utilisée en pratique clinique pour les sujets souffrant d'addiction, pourraient au contraire se révéler utiles lors d'interventions précoces de réduction des risques chez ces usagers.

Nos analyses montrent, pour finir, que si les populations parisienne et francilienne présentent quelques spécificités en matière d'évaluation des dommages (pour le cannabis, la cocaïne, les jeux de hasard et d'argent) ou des bénéfices (alcool, cannabis) par rapport aux non-parisiens/non-franciliens, les différences d'habitudes de consommation expliquent intégralement ces écarts. Les évaluations de dommages et de bénéfices par les non-consommateurs parisiens sont similaires à celles des non-consommateurs non parisiens et inversement. De façon intéressante, nous

retrouvons une tendance, déjà décrite (16, 26), de perceptions de dommages moins élevés pour les hommes que pour les femmes (en corrigeant pour tous les autres facteurs socio-démographiques disponibles et pour la consommation) et nous l'élargissons en montrant qu'il existe également des différences de perceptions de bénéfices, mais de façon inversée. Les femmes associent en effet des bénéfices plus élevés que les hommes aux consommations de tabac, de cannabis et d'héroïne.

Il est important pour terminer de rappeler que notre grille d'évaluation des dommages et bénéfices a été construite par des experts en addiction. Elle ne permet donc que de mesurer ces savoirs-là et non les savoirs spécifiques des usagers, alors même que de nombreux travaux ont montré l'importance de leur prise en compte dans la mise en place des programmes de soins et de prévention (25, 27, 28). ■

Contributions. – MR et CB ont coordonné l'étude. MR, AL, HJA et CB ont contribué au protocole de l'étude. AL et MR ont adapté la grille des critères de dommages et de bénéfices pour le grand public. CT a organisé et coordonné l'étude en ligne. CB et AL ont analysé statistiquement les données. Tous les auteurs ont analysé et discuté les résultats et écrit le manuscrit.

Remerciements. – Nous remercions le Dr Gisèle Gilkes et la FFA pour nous avoir aidés dans l'organisation de l'étude et Laila Idtaleb (IPSOS Santé) pour son aide dans la supervision de l'étude en ligne. Nous remercions les deux relecteurs anonymes pour leurs suggestions et commentaires.

Conflits d'intérêt. – Le Pr Reynaud a reçu des indemnités pour assister à des congrès scientifiques, des honoraires en tant qu'intervenant et consultant de Lundbeck, Reckitt-Benkiser, D&A Pharma, Ethypharm, Bioprojet et Merck Serono. Le Pr Aubin a reçu des indemnités pour assister à des congrès scientifiques, des honoraires en tant qu'intervenant et consultant de Pfizer, Lundbeck, D&A Pharma, Ethypharm, Bioprojet, et Merck Serono. Mme Bourgain et le Dr Luquiens n'ont pas de conflit d'intérêt.

Financement. – Cette étude a été financée par la Ville de Paris et le Conseil régional d'Île-de-France. Les sponsors de cette étude n'ont pas eu de rôle dans la conception, la collecte des données, leur analyse, leur interprétation ou dans l'écriture du rapport.

A. Luquiens, M. Reynaud, H.-J. Aubin, C. Talon, C. Bourgain
Dommages et bénéfices associés aux substances addictives.
Analyse quantitative de leur perception en population générale.
Spécificités parisiennes et franciliennes
Alcoologie et Addictologie 2013 ; 35 (3) : 233-245

Références bibliographiques

- 1 - Nutt D, King LA, Saulsbury W, Blakemore C. Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse. *Lancet*. 2007 ; 369 (9566) : 1047-53.
- 2 - Nutt DJ, King LA, Phillips LD. Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *Lancet*. 2010 ; 376 (9752) : 1558-65.
- 3 - van Amsterdam J, Opperhuizen A, Koeter M, van den Brink W. Ranking the harm of alcohol, tobacco and illicit drugs for the individual and the population. *European Addiction Research*. 2010 ; 16 (4) : 202-7.
- 4 - Bourgain C, Falissard B, Blecha L, Benyamina A, Karila L, Reynaud M. A damage/benefit evaluation of addictive product use. *Addiction*. 2012 ; 107 (2) : 441-50.
- 5 - Morgan CJ, Muetzelfeldt L, Muetzelfeldt M, Nutt DJ, Curran HV. Harms associated with psychoactive substances: findings of the UK National Drug Survey. *J Psychopharmacol*. 2009 ; 24 (2) : 147-53.
- 6 - Obot IS. Improved ranking of drugs on harmfulness can bring sense and order to a failed system. *Addiction*. 2011 ; 106 (11) : 1894-5 ; discussion 6-8.
- 7 - Rossow I. Can harm ratings be useful? *Addiction*. 2011 ; 106 (11) : 1893-4 ; discussion 6-8.
- 8 - Costes JM, Le Nézet O, Spilka S, Laffiteau C. Dix ans d'évolution des perceptions et des opinions des Français sur les drogues (1999-2008). *Tendances*. 2010 ; 71.
- 9 - Reynaud M, Luquiens A, Aubin HJ, Talon C, Bourgain C. Quantitative damage-benefit evaluation of drug effects: major discrepancies between the general population, users and experts. *J Psychopharmacol*. 2013 ; 27 (7) : 590-9.
- 10 - Blendon RJ, Young JT. The public and the war on illicit drugs. *JAMA*. 1998 ; 279 (11) : 827-32.
- 11 - Costes JM, Le Nézet O, Spilka S, Laffiteau C. Dix ans d'évolution des perceptions et des opinions des Français sur les drogues (1999-2008). *Tendances*. 2010 ; 71.
- 12 - Storvoll EE, Rossow I, Rise J. Alkoholpolitikken og opinionen. Endringer i befolkningens holdninger til alkoholpolitikken og oppfatninger om effekten av ulike virkemidler i perioden 2005-2009. Oslo : Norwegian Institute for Alcohol and Drug Research (SIRUS) ; 2010.
- 13 - Lundborg P. Smoking, information sources, and risk perceptions. New results on Swedish data. *J Risk Uncertainty*. 2007 ; 34 : 217-40.
- 14 - Lundborg P, Lindgren B. Risk perceptions and alcohol consumption among young people. *Journal of Risk and Uncertainty*. 2002 ; 28 : 165-83.
- 15 - Viscusi WK. Do smokers underestimate risk? *Journal of Political Economy*. 1990 ; 98 (6) : 1253-68.
- 16 - Lundborg P, Andersson H. Gender, risk perceptions, and smoking behavior. *Journal of Health Economics*. 2008 ; 27 : 1299-311.
- 17 - Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: preparing people for change. 2nd edition. New York : The Guilford Press ; 2002.
- 18 - Schwarzingen M, Flicoteaux R, Cortarenoda S, Obadia Y, Moatti JP. Low acceptability of A/H1N1 pandemic vaccination in French adult population: did public health policy fuel public dissonance? *PLoS One*. 5 (4) : e10199.
- 19 - R Development Core Team. R: a language and environment for statistical computing. Vienna : R Foundation for Statistical Computing ; 2005.
- 20 - Beck F, Guignard R, Richard JB, Tovar ML, Spilka S. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010. *Tendances*. 2011 ; 76 : 1-6.
- 21 - Pousset M. Drogues : chiffres-clés. 4^{ème} édition. Paris : OFDT ; 2012.
- 22 - Mann KF. Why should we need a European Federation of Addiction Societies? *Addiction*. 2012 ; 107 (4) : 692-3.
- 23 - Viscusi WK, Carvalho I, Antoñanzas F, Rovira J, Braña FJ, Portillo F. Smoking risks in Spain: Part III. Determinants of smoking behavior. *Journal of Risk and Uncertainty*. 2000 ; (21) : 213-34.
- 24 - Seror V, L'Haridon O, Peretti-Watel P. Santé et comportements individuels : la prévention des risques liés au tabac, à l'alcool et aux mauvaises habitudes alimentaires. *Économie Publique*. 2009 ; 24-25 (1-2) : 101-27.
- 25 - Dany L, Apostolidis T. L'étude des représentations sociales de la drogue et du cannabis : un enjeu pour la prévention. *Santé Publique*. 2002 ; 14 (4) : 335-44.
- 26 - Flynn J, Slovic P, Mertz CK. Gender, race and perception of environmental health risks. *Risk Analysis*. 1994 ; 14 (6) : 1101-8.
- 27 - Jauffret-Roustide M. Self-support for drug users in the context of harm reduction policy: a lay expertise defined by drug users' life skills and citizenship. *Health Sociology Review*. 2009 ; 18 (2) : 159-72.
- 28 - Apostolidis T, Dany L. Pensée sociale et risques dans le domaine de la santé : le regard des représentations sociales. *Psychologie Française*. 2012 ; 27 : 67-81.