

**Mise au point**

Addictions et inégalités sociales : une dimension importante pour les politiques publiques

Cases Chantal¹, Beck François^{2,3*}

¹ Institut national de la statistique et des études économiques Insee, Paris, France

² Centre de recherche en Épidémiologie et Santé des Populations, Université Paris-Saclay, UVSQ, Univ. Paris-Sud, Inserm U1018, Villejuif, 94807, France

³ Santé publique France, Saint-Maurice, France

* Correspondance : François Beck, Santé publique France, Centre de recherche en Épidémiologie et Santé des Populations, Université Paris-Saclay, UVSQ, Univ. Paris-Sud, Inserm U1018, Villejuif, 94807, France . Francois.BECK@santepubliquefrance.fr

Résumé : La réduction des inégalités de santé est un des objectifs transversaux affichés de la politique de santé publique en France depuis la loi de 2004, dans laquelle six objectifs spécifiques, ne mentionnant pas de référence aux inégalités sociales, concernaient les addictions. Les conduites addictives apparaissent pourtant, comme les autres comportements de santé et de recours aux soins, très différenciées selon le niveau social. L'analyse de ces inégalités est délicate et les données souvent insuffisantes pour la mener de façon approfondie et en évolution sur longue période. Il apparaît un gradient social très net de tabagisme quotidien, et les inégalités sociales semblent s'être renforcées sur les deux dernières décennies. En matière d'alcool, le changement des seuils et indicateurs de conduites à risques rend l'évolution temporelle difficile, au-delà de la baisse de la consommation moyenne, de la réduction des écarts de consommation entre hommes et femmes et de l'inversion du gradient social pour les femmes. Les consommations régulières de cannabis concernent plutôt les jeunes défavorisés, mais les jeunes des milieux favorisés expérimentent davantage. De plus en plus considérée comme cruciale, la réduction des inégalités sociales en matière d'addiction constitue un véritable défi de connaissances et d'actions pour les politiques de santé publique.

Mots-clés : addictions, inégalités sociales, politiques de santé, réduction des risques, évaluation

Abstract: Reducing health inequalities has been one of the cross-cutting objectives of public health policy in France since the 2004 law, which included six specific objectives related to addictions without referencing social inequalities. However, addictive behaviors, like other health behaviors and healthcare utilization, vary significantly according to social level. Analyzing these inequalities is challenging due to often insufficient data for in-depth, long-term study. A clear social gradient in daily smoking is evident, and social inequalities appear to have worsened over the past two decades. For alcohol, changing risk thresholds and indicators complicate temporal analysis beyond the average consumption decline, the narrowing consumption gap between men and women, and the reversal of the social gradient for women. Regular cannabis use is more common among disadvantaged youth, while advantaged youth are more likely to experiment. Increasingly recognized as crucial, reducing social inequalities in addiction presents a significant challenge for public health knowledge and action.

Keywords: Addictions; Social Inequalities; Health Policies; Risk Reduction; Evaluation

1. Introduction

La prise en compte politique de la réduction des inégalités de santé est apparue plus tardivement en France que dans la plupart des autres pays européens [1]. Or il a été établi que si une mesure de santé publique n'est pas conçue pour toucher de façon adaptée les différents publics, risque d'augmenter les inégalités [2]. Cette préoccupation constitue désormais un des objectifs de la politique de santé publique en France depuis la loi de 2004 jusqu'à la Stratégie nationale de santé 2018-2022. A juste titre, puisque d'importantes inégalités sociales sont observées pour la plupart des maladies, problèmes et comportements de santé, et se traduisent notamment par un gradient social de mortalité plus élevé en France que dans les autres pays d'Europe occidentale [3].

Le second Plan cancer (2009-2013), pionnier en la matière en France, avait fait de la réduction des inégalités sociales de santé sa priorité [4], mais les évaluations réalisées par le Haut Conseil de santé publique, soulignent à la fois le caractère innovant de cet objectif et les limites des actions engagées dans ce plan et dans le suivant, notamment en termes de systèmes d'observation [5,6]. Les plans et programmes de lutte contre les addictions en cours mentionnent également, dès leurs éditoriaux, les inégalités sociales parmi les questions qu'ils doivent traiter [7,8].

Les conduites addictives sont en effet, comme les autres comportements de santé et de recours aux soins, très différenciées selon le niveau social. Le contraire serait étonnant, tant le contexte social est essentiel pour les mettre en perspective et les expliquer. Les inégalités sociales de consommation de produits psychoactifs sont d'ailleurs un élément d'explication invoqué parmi d'autres pour expliquer les inégalités sociales de morbidité et de mortalité qui apparaissent particulièrement marquées en France [9-11], dans un contexte où les conséquences sanitaires et sociales des consommations d'alcool et de tabac sont très importantes : il s'agit des deux premiers facteurs de risque de mortalité évitable en France [12].

Mais, à bien des égards, l'analyse des inégalités sociales en matière d'addictions est plus délicate que pour d'autres problèmes de santé [13] : leur ampleur et parfois leur sens varient notamment selon les produits et le genre. De plus, les données permettant de monitorer les politiques de réduction de ces inégalités sociales sont encore insuffisamment exploitées, et surtout de manière variable selon les produits. Il s'agit de grandes enquêtes quantitatives en population générale, principalement l'enquête santé et protection sociale de l'IRDES jusqu'en 2014, le Baromètre santé de Santé publique France, ou des enquêtes ESPAD ou ESCAPAD de l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT) auprès des adolescents.

L'objectif de cet article est ainsi de mettre en regard les données scientifiques et institutionnelles sur la question de la place occupée par les addictions et leurs conséquences dans les inégalités sociales, et la mise en place des politiques publiques traitant de ces questions.

2. Le suivi des objectifs de santé publique

Les principaux objectifs de la loi de santé publique de 2004 ont donné lieu, de 2006 à 2017, à des rapports de suivi annuels publiés par la Direction de la recherche, de l'évaluation, des études et des statistiques du Ministère de la santé (DREES), sur la base d'indicateurs définis par un groupe d'experts en 2005 et révisés en 2013 [14]. Deux objectifs annexés à la loi de 2004 concernaient l'alcool (baisser la consommation d'alcool par habitant ; réduire la prévalence de la consommation d'alcool à risque ainsi que l'installation dans la dépendance) et deux autres le tabac (baisser la prévalence du tabagisme quotidien ; faire totalement disparaître la consommation de tabac en milieu scolaire et réduire le tabagisme passif au travail et dans les lieux de loisirs). Deux autres, très spécifiques, concernaient les opiacés : maintenir l'incidence des séroconversions VIH à la baisse chez les usagers de drogue par voie intraveineuse et poursuivre



l'amélioration de la prise en charge des usagers dépendants des opiacés et des polyconsommateurs. Ces objectifs étaient définis sur l'ensemble de la population, sans faire mention particulière à des écarts entre groupes sociaux.

Le suivi de ces objectifs sur le tabac et l'alcool laissait cependant place, pour rendre compte de l'objectif transversal de réduction des inégalités de santé formulé dans la loi, à de brèves analyses de synthèse des disparités entre catégories sociales et par zones géographiques, assorties ou non, selon les années, de tableaux de données issues des principales enquêtes sur la santé en population générale [15-21]. Depuis 2017, le suivi de la consommation de tabac, régulièrement publié par Santé publique France, inclut une analyse descriptive des inégalités sociales de consommation. En revanche, le suivi de la consommation d'alcool est moins régulier, moins fouillé et marqué par une relative instabilité des indicateurs utilisés. Il existe par ailleurs relativement peu de données récentes ou d'évolutions temporelles pour apprécier l'ampleur des évolutions des inégalités sociales en matière d'alcool ou de cannabis, et encore moins sur les autres produits illégaux pour lesquels la rareté de la consommation rend nécessaire le recours à des enquêtes spécialisées. Or toutes ces informations sont essentielles pour évaluer, et le cas échéant, ajuster les politiques publiques. Quant aux causes de ces inégalités, auxquelles doivent s'adresser des travaux de recherche plus élaborés, leur compréhension est évidemment centrale pour les réduire, et dans ce cas encore les analyses les plus fouillées en matière d'inégalités sociales concernent le tabac.

3. Un gradient social de tabagisme...

En 2019, selon les données les plus récentes du Baromètre santé de Santé Publique France [13], trois Français de 18-75 ans sur dix déclarent fumer (30%) et presque un quart fume quotidiennement (24%). Cependant, que l'on observe cette prévalence par niveau de diplôme, de revenu ou entre actifs et chômeurs, les écarts apparaissent sensibles entre catégories favorisées et défavorisées, au détriment de ces dernières : à la même date, le tabagisme quotidien concernait 32 % des non diplômés et seulement 18 % des diplômés du supérieur, 30 % du tiers de la population percevant le plus faible revenu par unité de consommation contre 18 % du tiers de la population au niveau de vie le plus élevé. Les écarts ne s'observent pas seulement entre les groupes les plus et les moins favorisés : la prévalence du tabagisme augmente assez régulièrement lorsque le revenu ou le niveau de diplôme baisse, laissant apparaître un véritable gradient social de consommation. Par ailleurs, le tabagisme apparaît fortement associé au chômage, puisque 43 % des chômeurs déclarent lors de l'enquête fumer quotidiennement, contre 25 % des actifs occupés.

Ce ne sont pas des faits nouveaux : des inégalités sociales de tabagisme quotidien sont documentées sur une longue période, et de manière régulière depuis le début des années 2000, notamment en termes de professions et catégories sociales (PCS) et de statut d'activité [15-21]. En 2019, comme par le passé, la prévalence du tabagisme quotidien s'avère toujours significativement plus élevée chez les hommes (28%) que parmi les femmes (21 %).

3.1. Et depuis vingt ans, des inégalités sociales plutôt renforcées

Quel tableau général en évolution peut-on tirer des indicateurs publiés depuis les années 2000 ? Sur les 20 dernières années, après plusieurs décennies de baisse, le tabagisme quotidien a été fort peu réduit en moyenne. Il a même augmenté entre 2005 et 2010, et s'est stabilisé ensuite. Il ne semble avoir diminué que sur les années les plus récentes, après 2016. Les évolutions ont, de plus, été inégales selon les groupes sociaux. Pour les cadres supérieurs et les professions libérales [23], le tabagisme quotidien a baissé de 9 points entre 2000 et 2003 (de 36 % à 27 %), puis est resté stable jusqu'en 2007 (28 %) [21]. En 2014, 19 % des cadres fumaient chaque jour. Pour les ouvriers, il a baissé de 45 % en 2000 à 37 % en 2005, pour remonter à 40 % en 2007 et 42 % en 2014, de sorte qu'au total, la baisse de la prévalence du tabagisme quotidien est

apparue nettement plus faible pour les ouvriers. Finalement, on constate sur l'ensemble de la période une aggravation sensible des inégalités entre catégories sociales, et une stabilité des inégalités entre hommes et femmes à environ 7 points. La prévalence du tabagisme quotidien a en moyenne décliné de manière assez parallèle pour les deux sexes. Elle était respectivement de 36% pour les hommes contre 26% pour les femmes en 2000.

4. Des inégalités qui se construisent dès le plus jeune âge

L'analyse des effets d'âge et de génération est importante pour comprendre la construction de ces inégalités dont il a été montré qu'elles s'enracinaient dans les expériences négatives vécues tout au long de la vie [24] et qu'elles ont tendance à se renforcer avec le temps, d'autant plus si elles sont apparues de façon précoce [25]. La théorie anglo-saxonne du *pathways model* (modèle des cheminements) identifie ainsi l'effet cumulatif des conditions défavorables dès l'enfance et tout au long de la vie pour expliquer la genèse des inégalités sociales de santé [26,27].

De nombreux travaux portent ainsi sur l'initiation au tabac et sur le passage de son expérimentation à son usage régulier. De manière générale, les études concluent à une expérimentation assez large, mais à un passage de l'expérimentation à l'usage habituel plus fréquent chez les jeunes de milieux plus défavorisés [28,29]. L'arrêt de la consommation semble à l'inverse moins fréquent pour ces catégories, y compris à l'âge adulte et lorsqu'une démarche est entreprise en ce sens [30,31]. Une transmission intergénérationnelle du tabagisme a également été mise en lumière [29] : les enfants de fumeurs sont plus fréquemment eux-mêmes fumeurs. Les écarts entre générations sont également marqués. Une analyse rétrospective a conclu qu'après avoir été plus fréquent parmi les groupes les plus diplômés, le tabagisme y a reculé, alors qu'il continuait de progresser parmi les groupes moins diplômés [32]. Il a également existé des décalages générationnels entre hommes et femmes, ces dernières ayant adopté la consommation du tabac plus tardivement, à partir de la génération 1950.

5. Pour l'alcool, les groupes sociaux à risque varient selon les indicateurs

Pour ce qui concerne les consommations d'alcool à risque, le diagnostic sur la description et surtout l'évolution temporelle des inégalités sociales est plus complexe à mener. Cette difficulté tient en partie à la multiplicité et à la diversité des indicateurs publiés au fil du temps [33]. Sur les deux dernières décennies, trois jeux d'indicateurs différents permettant la mesure des inégalités sociales ont été successivement analysés par les experts. La quantité moyenne annuelle d'alcool consommée est également documentée, mais, issue de sources sur les ventes d'alcool, elle ne permet pas d'analyse par catégorie de consommateur.

Au début des années 2000, les enquêtes en population générale ont permis d'évaluer une consommation dite à l'époque « à risque ponctuel » et une consommation dite « à risque chronique » à partir d'un module standard de questions, l'AUDIT-C, et des seuils de risques définis par les experts mobilisés par l'OMS dans le cadre des stratégies de réduction des consommations excessives avec un angle affirmé dans le sens de la réduction des risques. La consommation étiquetée à tort à risque ponctuel y était définie par une consommation d'au plus 21 verres standard d'alcool par semaine pour les hommes, 14 verres pour les femmes, et au moins 6 verres en une seule occasion une fois par mois au plus ; la consommation à risque chronique par une consommation d'au moins 22 verres par semaine pour les hommes, 15 verres pour les femmes, ou 6 verres ou plus au moins une fois par semaine. Les travaux internationaux les plus convaincants ont ainsi été menés à partir des réponses à l'Audit-C obtenues dans des enquêtes en population générale, montrant par exemple à quel point les individus les moins instruits sont plus susceptibles de signaler des conséquences négatives liées à l'alcoolisation [34-36]. Ces inégalités sociales se retrouvent assez naturellement dans la mortalité liée à l'alcool [37].



A partir de 2013, le suivi de la loi de santé publique a retenu la fréquence de la consommation d'alcool et mis en avant la prévalence de la consommation quotidienne, ainsi que la quantité consommée déclarée pour une journée « ordinaire » de consommation. Enfin les données les plus récentes reposent sur un nouveau repère de consommation défini en 2017 par un groupe d'experts mandatés par Santé Publique France et l'Institut national du cancer, toujours au regard de la fréquence et de la quantité des consommations mais avec des seuils différents. Ce nouveau repère est constitué de trois dimensions : ne pas consommer plus de 10 verres standard par semaine ; pas plus de 2 verres standard par jour ; avoir des jours dans la semaine sans consommation. Une consommation est jugée à risque si au moins une de ces conditions n'est pas respectée. Ces différents indicateurs utilisés au fil du temps n'ont pas été « raccordés » entre eux ; l'analyse temporelle qui peut en être menée est donc nécessairement assez impressionniste, puisque la notion même de consommation à risque varie dans le temps.

Au début des années 2000, selon les données de l'enquête santé et protection sociale de l'IRDES, plus d'un homme sur dix était jugé présenter un risque chronique et environ trois hommes sur dix un risque « ponctuel » [38]. Ces prévalences s'avéraient nettement moins fréquentes parmi les femmes : respectivement 2 % et 10 %. La moitié des hommes de 25 à 64 ans pouvait même être considérée comme à risque « ponctuel » ou chronique. Le tableau des inégalités sociales apparaissait assez contrasté selon l'indicateur retenu et le genre : la non-consommation était davantage déclarée, toutes choses égales par ailleurs, par les ménages à bas revenus, les hommes au chômage, les personnes ayant un niveau d'éducation faible, les étudiants et autres inactifs non-retraités, les ouvrières et les agricultrices. Parmi les femmes, à l'inverse du gradient social couramment observé pour les problèmes de santé, les cadres se distinguaient des autres catégories par une consommation à risque plus fréquente. Les hommes agriculteurs, artisans, commerçants et ouvriers étaient plus touchés que les autres catégories par l'alcoolisation excessive chronique, qui concernait moins, toutes choses égales par ailleurs, les diplômés du supérieur ; mais agriculteurs et ouvriers l'étaient moins par l'alcoolisation à risque ponctuel. Dans sa publication de 2006, la DREES évoquait une atténuation des écarts entre PCS sur la période 2002_2004 pour les hommes, mais ce diagnostic n'a pas été confirmé dans les autres rapports de suivi de la loi [15]. Selon le Baromètre santé, en 2010, et pour les mêmes indicateurs, les conclusions étaient voisines ; la situation d'emploi apparaissait comme un facteur protecteur d'usage à risque de l'alcool, celle-ci étant particulièrement importante parmi les hommes chômeurs les plus jeunes et ceux de 45-54 ans. Pour les hommes, l'usage d'alcool à risque était plus fréquent parmi ceux n'ayant pas le baccalauréat [31].

Les nouveaux indicateurs publiés dans le cadre du suivi de la loi de santé publique après 2015 [20,21] ne rendent malheureusement plus compte des inégalités entre catégories sociales en séparant l'analyse pour les hommes et les femmes. Les effets de genre apparaissent alors mêlés et les situations moins claires. Le rapport de la DREES note ainsi que « dans les catégories des agriculteurs, des artisans, commerçants, chefs d'entreprise et des inactifs âgés de 18 à 64 ans, 14 à 17 % sont des consommateurs quotidiens contre 1 % chez les étudiants, 4 % parmi les employés et 6 % parmi les professions intermédiaires. Ces différences de prévalence sont cependant en partie liées aux différences de répartition entre hommes et femmes entre les PCS. Les femmes, moins consommatrices d'alcool que les hommes, sont proportionnellement plus nombreuses dans la catégorie des employés que dans celle des agriculteurs ou des artisans, commerçants et chefs d'entreprises » [21].

Pour le nouveau repère retenu en 2017, et évalué à l'aide du Baromètre santé, 24 % des personnes de 18-75 ans présentaient une consommation d'alcool à risque pour la santé [39] ; dans le détail, 19 % déclaraient avoir bu plus de 2 verres d'alcool en une journée au moins une fois au cours de la semaine précédente, 10 % déclaraient avoir bu plus de 10 verres d'alcool au cours des sept derniers jours et 8 % déclaraient avoir consommé de l'alcool plus de cinq jours sur sept. Parmi les personnes dépassant le repère, 69% étaient des



hommes. Les effets d'âge, de diplôme, de revenu et de situation d'activité ont été analysés par genre, mais pas la catégorie sociale ; toutes choses égales par ailleurs, parmi l'ensemble des 18-75 ans, les personnes aux revenus les plus élevés étaient plus à risque d'avoir dépassé le repère et, plus spécifiquement, d'avoir consommé plus de 2 verres le même jour. Contrairement aux résultats issus des données et indicateurs antérieurs, aucun lien significatif n'a été mis en évidence avec la situation professionnelle. Parmi les femmes, le résultat central demeure sur l'inversion du gradient : les plus diplômées ou celles percevant les plus hauts revenus avaient une probabilité plus grande d'avoir dépassé le repère. Ce rapprochement des conduites d'alcoolisation des hommes et des femmes, à l'instar de l'uniformisation des rôles sociaux, est ainsi apparu plus marqué dans les milieux favorisés, ce rapport plus étroit à l'alcool pouvant être interprété comme un corollaire de leur émancipation [40].

Il est difficile de tirer de ces différentes analyses une conclusion solide sur l'évolution des inégalités sociales de santé en matière de consommations d'alcool. La seule conclusion qui semble robuste sur les 20 dernières années est, comme pour le tabac, la nette réduction de l'écart de consommation entre hommes et femmes : la déclaration d'une consommation quotidienne d'alcool, indicateur disponible sur longue période, est passée de 31 % à 12 % entre 2000 et 2014 [21], et celle des femmes de 15 à 5 %. Une étude temporelle rigoureuse reste à faire pour évaluer l'évolution des inégalités sociales de consommation et notamment les écarts sur les années récentes et selon la situation d'emploi.

6. Cannabis : les consommations régulières concernent plutôt les jeunes défavorisés, mais les jeunes des milieux favorisés expérimentent davantage

Les analyses des inégalités sociales de consommation sont plus rares pour les autres produits psychoactifs que pour le tabac et l'alcool. Selon le Baromètre santé 2010, l'usage régulier de cannabis concernait surtout les plus jeunes et était associé à un faible niveau de diplôme et à la catégorie des ouvriers chez les hommes sans emploi [41]. Avoir consommé du cannabis au cours des douze derniers mois est plus fréquemment déclarée par les plus diplômés, mais cette consommation est moins régulière. Pour le cannabis comme pour l'alcool, davantage que pour le tabac, l'expérimentation est plus fréquente chez les adolescents issus de milieux favorisés ; mais pour tous les produits ils passent moins souvent à une consommation régulière [42,43].

En France, l'usage occasionnel de cannabis semble ainsi concerner surtout des individus socialement intégrés, tandis que l'usage régulier serait plus lié à des situations de précarité ou des difficultés sociales [44]. Ce constat rejoint celui réalisé au niveau international montrant que les adolescents socioéconomiquement défavorisés déclarent des consommations de cannabis plus importantes [45].

L'expérimentation d'autres produits illicites paraît quant à elle liée à des situations de chômage ou de difficultés financières. Celle de poppers et de cocaïne touche principalement les plus diplômés, à l'inverse de l'héroïne, alors que celle de l'ecstasy varie peu selon le niveau de diplôme. Là encore, une analyse régulière et en évolution des inégalités serait précieuse. Même s'ils sont observés dans tous les milieux sociaux, les usages problématiques de drogues illicites apparaissent quant à eux très marqués par des situations de précarité, voire de grande précarité [46].



7. Un défi de connaissance pour les politiques de santé publique

Mener des politiques de santé visant à réduire les inégalités sociales en même temps que les prévalences moyennes en matière d'addictions, au moins pour les produits les plus courants que sont l'alcool, le tabac ou le cannabis, est un véritable défi. Le relever suppose d'abord un suivi régulier des indicateurs de consommation, dont nous avons vu qu'il était perfectible. Le relever suppose également de disposer de suffisamment de travaux de recherche permettant de tester les nombreuses hypothèses possibles sur les causes de ces inégalités. Et il est particulièrement important de saisir comment ces inégalités peuvent être socialement construites pour ne pas les aggraver et pour envisager de les corriger. Il est généralement admis que les inégalités sociales de santé reposent sur différents types de déterminants individuels et d'environnement socio-économiques qui s'enchaînent et s'articulent au cours de la vie, voire entre les générations [3]. Par ailleurs, les inégalités de consommation de produits psychotropes peuvent être, en retour, à l'origine d'inégalités socio-économiques.

En matière de perceptions et de comportements, un jeu d'hypothèses fréquemment mis en avant pour expliquer les inégalités sociales de recours aux produits psychoactifs repose sur une moins bonne compréhension des risques parmi les catégories les plus défavorisées ainsi qu'une moindre préférence pour le futur [21]. Chez les adolescents, l'attention accordée à la réussite scolaire et la confiance dans l'avenir constituent ainsi un déterminant important de l'arrêt de la consommation ou pour en limiter les excès [43,47]. La consommation de tabac est parfois justifiée par les personnes concernées par une remise en cause des messages des autorités de santé, plus fréquente dans les milieux les moins favorisés [48]. Les études disponibles, y compris au niveau international, mettent ainsi en évidence une moindre efficacité auprès des populations défavorisées des campagnes générales de prévention ou des mesures nationales de lutte contre l'addiction au tabac, y compris celles portant sur la hausse des prix des produits, bien que celle-ci soit beaucoup plus sensible pour les plus bas niveaux de revenus [49]. Cette efficacité réduite a pour conséquence une augmentation des inégalités sociales, alors même que la consommation moyenne peut baisser.

D'autres facteurs liés à l'environnement et aux conditions de vie des personnes ont aussi été mis en évidence. Les études montrent ainsi que les conditions de travail difficiles, le stress occasionné par l'occupation d'emplois précaires et de courte durée sont des facteurs favorisant les consommations de produits psychoactifs à titre compensatoire [50]. Les addictions sont aussi vécues comme l'expression d'une culture partagée au sein d'un groupe de pairs, ou une reproduction de comportements familiaux, comme on l'a vu plus haut. Parmi les plus jeunes, les opinions et perceptions sont ainsi plus favorables au tabac dans l'enseignement technique [51]. Le tabagisme semble également associé aux conditions de vie : il apparaît associé à la perception qu'ont les individus de vivre dans un environnement défavorisé, à niveau d'éducation, de revenu ou statut d'emploi comparable [23]. Une explication plus générale est centrée sur le cycle social des produits, qui rend bien compte des différences générationnelles de consommation de tabac [43] : les groupes sociaux les plus favorisés innoveront dans l'adoption d'un produit, qui se diffuse ensuite largement, mais ils sont aussi précurseurs dans l'écoute et l'incorporation des messages de santé publique, puis dans l'arrêt de la consommation.

La réduction des écarts de consommation entre hommes et femmes, tout comme les consommations à risque plus fréquentes chez les femmes les plus éduquées, à plus haut revenu ou à plus haut statut social ne tient sans doute pas seulement à l'accroissement du taux d'emploi de ces dernières, ni à l'élévation relative de leur niveau d'étude ; ce sont plutôt, plus largement, les modifications des normes régissant les rôles sociaux respectifs des hommes et des femmes qui doivent être mobilisées [43]. Ces normes de genre expliquent aussi pour partie les écarts sociaux de consommation d'alcool entre garçons et filles aux plus jeunes âges.

8. Comment améliorer la prise en compte des inégalités sociales dans les politiques de lutte contre les addictions ?

Il est nécessaire de s'appuyer sur le suivi régulier et les recherches sur les causes des inégalités sociales d'addiction pour concevoir des politiques de santé qui, au-delà de réduire les addictions en moyenne, en réduisent également les écarts entre groupes sociaux. Et qui plus est, il est important de pouvoir s'appuyer sur des évaluations des politiques menées ici et ailleurs afin d'en comprendre les effets et éventuellement les effets indésirables.

Une récente revue de littérature permet de faire avancer la réflexion de manière utile sur les addictions au tabac [52]. Les recherches recensées s'accordent sur le fait que les interventions efficaces pour l'arrêt du tabac sont aussi de nature à augmenter les inégalités sociales de santé. Elle repose malheureusement surtout sur les évaluations d'actions réalisées à l'étranger, évaluations qui mériteraient d'être développées aussi en France, d'autant plus que les quelques résultats disponibles sur les données françaises peuvent parfois se révéler contradictoires, par exemple sur les effets des hausses de prix du tabac qui semblent moins efficaces en France sur la consommation des personnes à bas revenus [23]. Les préconisations portent sur le développement d'interventions de proximité, de démarches proactives auprès de publics ciblés et d'une co-construction des mesures à mettre en œuvre. Concernant l'alcool, les travaux internationaux ont montré une efficacité plutôt faible des interventions visant à réduire les dommages induits par la consommation d'alcool lorsqu'elles étaient ciblées sur des groupes sociaux particuliers [53] et une méta-analyse a conclu que leur efficacité était plus forte lorsqu'elle prenait en compte la question du genre [54].

Plus globalement sur les addictions, il apparaît crucial que les actions entreprises se situent dans une perspective holiste et développementale impliquant des interventions précoces au cours de la vie (y compris en amont des premières consommations), et l'articulation des politiques nationales et locales [55]. A ce titre, des structures telles que les Consultations Jeunes Consommateurs (CJC), spécialement dédiées aux jeunes et orientées vers la prévention, l'intervention précoce et le repérage des usages à risque, sont venues au début des années 2000 compléter le dispositif sanitaire et social [56].

Les actions de réduction des risques et des dommages (RdRD) entreprises depuis les années 1990 en France constituent sans doute la plus forte contribution à la lutte contre les inégalités sociales sur les addictions, avec notamment une meilleure prise en charge des usagers d'opiacés, des polyconsommateurs et des conséquences délétères de la voie injectable. La mise en place de programmes d'échange de seringues et des traitements de substitution aux opiacés et leur renforcement grâce à une politique de réduction des risques infectieux cohérente et efficace ont permis de faire baisser le nombre de surdoses mortelles et de réduire drastiquement la prévalence du VIH et, dans une moindre mesure, des hépatites chez les usagers de drogues injecteurs, qui sont dans leur grande majorité dans des situations socioéconomiques défavorisées, voire en grande précarité. Pour des produits tels que l'alcool, le tabac ou le cannabis, beaucoup plus couramment consommés et pour lesquels la problématique n'est pas infectieuse, les actions de RdRD sont forcément différentes ; elles ont par ailleurs fait l'objet de travaux moins nombreux et ne font pas encore complètement consensus [57].

L'effet aggravant des politiques universelles sur les inégalités de santé est un résultat assez général qui a également été mis en avant pour d'autres politiques, mais qui s'illustre tout à fait sur les addictions. Sir Michael Marmott, qui a coordonné plusieurs rapports pour l'OMS sur la lutte contre les inégalités de santé, promeut pour y remédier un « universalisme proportionné » des politiques de santé publique : l'échelle et l'intensité des politiques doivent être proportionnée au niveau de désavantage des différents groupes [58].

L'évaluation des objectifs de la loi de santé publique réalisée en 2010 par le Haut Conseil de santé publique concluait que les objectifs sur le tabac étaient partiellement atteints à cette date, et que les objectifs sur l'alcool ne l'étaient pas [59]. Les objectifs concernant les opiacés étaient peu évaluables en raison de données incomplètes ou questionnables. Dans les deux cas centraux du tabac et de l'alcool, le Haut conseil soulignait que les inégalités sociales de santé ne se résolvait pas. Il proposait de « mettre en place un dispositif de surveillance systématique et permanente des inégalités sociales et territoriales de santé ». Finalement, ces recommandations ainsi que celles émises spécifiquement en 2009 sur les inégalités sociales sont toujours d'actualité, dix ans après [3]. Il reste nécessaire, en matière d'addictions comme pour les autres problèmes de santé, d'afficher la réduction des inégalités sociales comme un objectif majeur, d'en suivre et d'en analyser régulièrement les évolutions, d'évaluer systématiquement les politiques mises en place à leur aune et de soutenir les recherches incluant cette dimension.

9. Références

1. Aiach P, Fassin D, L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé, *Revue du Praticien*, 2004 ; 54 :2221-7.
2. White M, Adams J, Heywood P, How and why Do Interventions that Increase Health Overall Widen Inequalities within Populations?, in: Babones S. (dir.), *Health, Inequality and Society*. Bristol : Policy Press ; 2009.
3. Haut Conseil de santé publique, *Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité*, collection Avis et rapports, la Documentation française, Décembre 2009, 41 p.
4. Grünfeld J-P, Rapport au président de la République. Recommandations pour le Plan cancer 2009-2013 – Pour un nouvel élan, Paris : Ministère de la Santé et des Sports ; 2009.
5. Haut Conseil de santé publique, Évaluation à mi-parcours du plan cancer 2009-2013, collection Avis et rapports, mars 2012.
6. Haut Conseil de santé publique, Évaluation de 10 ans de politique de lutte contre le cancer 2004 - 2014, collection Evaluation, avril 2016.
7. Plan national de lutte contre le tabac 2018-2022, juin 2018, Ministère des solidarités et de la santé, Ministère de l'action et des comptes publics.
8. Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022, 2018, MILDECA.
9. Kunst AE, Groenhouf F, Mackenbach JP and EU Working Group on Socio-economic Inequalities in Health. Inégalités sociales de mortalité prématurée : la France comparée aux autres pays européens. In Leclerc A, Fassin D, Grandjean H, Kaminski M, Lang T. *Les inégalités sociales de Santé*. Paris : La Découverte/INSERM, 2000. p. 53-68.
10. Mackenbach JP, Kunst AE, Cavelaars AE, Groenhouf F, Geurts JJ, The European Union Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. *Lancet*. 1997; 349(9066): 1655-9.
11. Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam AJ, Schaap MM, Menvielle G, Leinsalu M, Kunst AE, The European Union Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries. *The New England Journal of Medicine*, 2008 ; CCCLVIII (23) : 2468-81.
12. Bonaldi C, Andriantafika F, Chyderiotis S, Boussac-Zarebska M, Cao B, Benmarhnia T, et al. Les décès attribuables au tabagisme en France. Dernières estimations et tendance, années 2000 à 2013. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. 2016 ; (30-31): 528-40.
13. Jauffret-Roustide M, Les inégalités sociales dans le champ des addictions, *Les Tribunes de la santé*, Presses de Sciences Po. 2014 ; 43 (2) : 61-68.
14. Drees, Indicateurs de suivi de l'état de santé de la population, documents de travail série sources et méthodes, n°44, mai 2014.
15. Drees, L'état de santé de la population en France en 2006, série Rapports, 2006.
16. Drees, L'état de santé de la population en France, Rapport 2007.
17. Drees, L'état de santé de la population en France en 2008, série Rapports, 2008.
18. Drees, L'état de santé de la population en France, Rapport 2009-2010.
19. Drees, L'état de santé de la population en France, Rapport 2011.
20. Drees, L'état de santé de la population en France, Rapport 2015.

21. Drees, L'état de santé de la population en France, Rapport 2017.
22. Pasquereau A, Andler R, Arwidson P, Guignard R, NguyenThanh V. Consommation de tabac parmi les adultes : bilan de cinq années de programme national contre le tabagisme, 2014-2019. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*. 2020 ; (14) : 273-81. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/14/2020_14_1.html
23. Peretti-Watel P, Seror V, Constance J, Beck F. Poverty as a smoking trap. *International Journal of Drug Policy*. 2009 ; 20 : 230-36.
24. Cambois E, Jusot F. Contribution of lifelong adverse experiences to social health inequalities: findings from a population survey in France. *Eur J Public Health*. 2011 Oct;21(5):667-73.
25. Melchior M, Moffitt TE, Milne BJ, Poulton R, Caspi A. Why Do Children from Socioeconomically Disadvantaged Families Suffer from Poor Health when They Reach Adulthood? A Life-Course Study. *American Journal of Epidemiology*, 2007 ; CLXVI (8) : 966-974.
26. Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S, Commission on Social Determinants of Health, Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. *Lancet*. 2008 ; 372(9650):1661-9.
27. OMS. Comblent le fossé en une génération : Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Genève : Commission sur les Déterminants sociaux de la Santé, 2008
28. Legleye S, Janssen E, Beck F, Chau N, Khlata M. Social gradient in initiation and transition to daily use of tobacco and cannabis during adolescence: a retrospective cohort study. *Addiction*. 2011 ; 106 (8) : 1520-31.
29. Bricard D, Jusot F, Tubeuf S. L'influence à long terme du milieu social d'origine et du tabagisme des parents sur le tabagisme en France : les résultats de l'enquête Santé Protection sociale 2006, *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*. 2011 ; 8-9 : 96-98.
30. Legleye S, Khlata M, Beck F, Peretti-Watel P. Widening inequalities in smoking initiation and cessation patterns; A cohort and gender analysis in France. *Drug and alcohol dependence*. 2011 ; 117 (2-3) : 233-41.
31. Guignard R, Nguyen-Thanh V, Andler R, Richard JB, Beck F, Arwidson P. Usage de substances psychoactives des chômeurs et des actifs occupés et facteurs associés : une analyse secondaire du Baromètre santé 2010. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*. 2016 ; (16-17) : 304-12. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/16-17/2016_16-17_6.html
32. Bricard D, Jusot F, Beck F, Khlata M, Legleye S. L'évolution des inégalités sociales de tabagisme au cours du cycle de vie : une analyse selon le sexe et la génération. *Economie et statistique*. 2015 ; 475-476 : 89-112.
33. Aubin HJ, Auriacombe M, Reynaud M, Rigaud A. Implication pour l'alcoologie de l'évolution des concepts en addictologie. De l'alcoolisme au trouble de l'usage d'alcool. *Alcoologie et Addictologie*. 2013 ; 35 (4) : 309-15.
34. Grittner U, Kuntsche S, Gmel G, Bloomfield K. Alcohol consumption and social inequality at the individual and country levels--results from an international study. *Eur J Public Health*. 2013 Apr;23(2):332-9.
35. Grittner U, Kuntsche S, Graham K, Bloomfield K. Social inequalities and gender differences in the experience of alcohol-related problems. *Alcohol Alcohol*. 2012 Sep-Oct;47(5):597-605.
36. Bloomfield K., Allamani A., Beck F., Helmersson Bergmark K., Csemy L., Eisenbach-Stangl I., Elekes Z., Gmel G., Kerr-Corrêa F., Knibbe R., Mäkelä P., Monteiro M., Medina Mora M. E., Nordlund S., Obot I., Plant M., Rahav G., Romero Mendoza M., 2005, Gender, culture and alcohol problems. A multi-national study. Berlin: Charité Universitätsmedizin, Institute for Medical Informatics, Biometrics & Epidemiology, 341 p.
37. Mackenbach JP, Kulhanova I, Bopp M, Borrell C, Deboosere P, Kovács K, Looman CW, Leinsalu M, Mäkelä P, Martikainen P, Menvielle G, Rodríguez-Sanz M, Rychtaříková J, de Gelder R. Inequalities in alcohol-related mortality in 17 European countries: a retrospective analysis of mortality registers. *PLoS Med* 2015; 12: e1001909.
38. Com-Ruelle L, Dourgnon P, Jusot F, Lengagne P. Les problèmes d'alcool en France : quelles sont les populations à risque? *Questions d'économie de la santé*, janvier 2008 ; 129.
39. Andler R, Richard JB, Cogordan C, Deschamps V, Escalon H, Nguyen-Thanh V, et al. Nouveau repère de consommation d'alcool et usage : résultats du Baromètre de Santé publique France 2017. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*. 2019 ; (10-11) : 180-7. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/10-11/2019_10-11_2.html
40. Beck F, Legleye S, Maillachon F, de Peretti G. Femmes influentes sous influence ? Genre, milieu social et usages de substances psychoactives. *Médecine/science*. 2010 ; 26(1) : 95-97.

41. Richard JB, Beck F. Tendances de long terme des consommations de tabac et d'alcool en France, au prisme du genre et des inégalités sociales. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. 2016 ; (7-8) :126-33. http://www.invs.sante.fr/beh/2016/7-8/2016_7-8_4.html
42. Beck F, Amsellem-Mainguy Y. Les inégalités sociales de santé. Vers une prévention mieux ciblée. In Labadie F. (dir.) *Inégalités entre jeunes sur fond de crise*. Paris : La Documentation française ; 2012. p. 126-138.
43. Legleye S, Inégalités de genre et inégalités sociales dans les usages de drogues en France. Médecine humaine et pathologie. Thèse de doctorat en santé publique, Université Paris Sud - Paris XI, 2011. NNT: 2011PA11T084.
44. Beck F, Obradovic I. Le cannabis en France. Totem ou tabou ? *Esprit*. 2017 ; 2 : 72-84.
45. Stevens A, Inequality and adolescent cannabis use: A qualitative comparative analysis of the link at national level, [Drugs: Education, Prevention and Policy](#) 2016 ; 23 (5) : 410-21.
46. Gérôme C, Cadet-Taïrou A, Gandilhon M, Milhet M, Detrez V, Martinez M, Usagers, marchés et substances : évolution récentes (2018-2019), 2019, Tendances, OFDT, n° 136, 8 p.
47. Inserm, Conduites addictives chez les adolescents, Usages, prévention et accompagnement, Expertise collective, Éditions Inserm, 2014.
48. Constance J, Peretti-Watel P. La cigarette du pauvre, *Ethnologie française*. 2010 ; 40 (3) : 535-42.
49. Peretti-Watel P, Constance J, Seror V, Beck F. Cigarettes and social differentiation in France: is tobacco use increasingly concentrated among the poor? *Addiction*. 2009 ; 104 (10): 1718-28.
50. Legleye S, Baumann, M, Peretti-Watel P, Beck F, Chau N. Associations of short-term employment, physical and psychological occupational demands, and job dissatisfaction with alcohol abuse and smoking. *Revue d'épidémiologie et de Santé Publique*. 2011 ; 59 (4) : 223-32.
51. El-Khoury-Lesueur F, Bolze C, Melchior M. Les adolescents face au tabac : émergence précoce des inégalités sociales. L'étude nationale DePICT (2016). *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. 2018 ; (14-15) : 283-90. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/14-15/2018_14-15_3.html3
52. Guignard R, Nguyen-Thanh V, Delmer O, Lenormand MC, Blanchoz JM. Interventions pour l'arrêt du tabac chez les fumeurs de faible niveau socio-économique : synthèse de la littérature, *Santé publique*. 2018 ; 30 (1) : 45-60.
53. Martineau F, Tyner E, Lorenc T, Petticrew M, Lock K. Population-level interventions to reduce alcohol-related harm: an overview of systematic reviews. *Preventive Medicine*. 2013 Oct;57(4):278-96.
54. Fitzgerald N, Angus K, Emslie C, Shipton D, Bauld L. Gender differences in the impact of population-level alcohol policy interventions: evidence synthesis of systematic reviews. *Addiction*. 2016 Oct;111(10):1735-47.
55. Arwidson P, Addictions et enjeux de santé publique. In: Reynaud M, Karila L, Aubin HJ, Benyamina A. *Traité d'addictologie*, 2^{ème} édition. Paris : Lavoisier Médecine sciences ; 2016. p. 283-89.
56. Obradovic I. Dix ans d'activité des consultations jeunes consommateurs. *Tendances*. 2015 ; 101 : 1-4.
57. Beck F, Diaz-Gomez C, Brisacier A-C, Cadet-Taïrou A, Obradovic I. Éléments sur l'efficacité des politiques de réduction des risques et des dommages développées en France et à l'étranger depuis 30 ans. *Alcoologie et addictologie*. 2016 ; 38 (4) : 346-74.
58. Marmot M. Fair Society, Healthy Lives. Strategic review of health inequalities in England post-2010. London: The Marmot Review; 2010.
59. Haut Conseil de la Santé publique. Objectifs de santé publique, évaluation des objectifs de la loi du 9 août 2004. 2010. <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefi=132>