

# Baromètre santé 2005

## Attitudes et comportements de santé

Sous la direction de  
FRANÇOIS BECK  
PHILIPPE GUILBERT  
ARNAUD GAUTIER

Préface de  
PHILIPPE LAMOUREUX



Direction de la collection **Philippe Lamoureux**  
Édition **Marie-Frédérique Cormand**

**Institut national de prévention  
et d'éducation pour la santé**  
42, boulevard de la Libération  
93203 Saint-Denis Cedex France

L'INPES autorise l'utilisation et la reproduction des résultats de cette enquête  
sous réserve de la mention des sources et à l'exception des photos.

ISBN 978-2-9161-9201-7

### **Cette étude a été réalisée par**

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)

### **En partenariat avec**

La Caisse nationale de l'assurance maladie  
des travailleurs salariés (Cnamts)

L'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm)

Le ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports  
(direction générale de la Santé, direction de la Recherche,  
des Études, de l'Évaluation et des Statistiques)

L'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

### **Son financement a été assuré par**

La Caisse nationale de l'assurance maladie  
des travailleurs salariés (Cnamts)

Le ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports  
(direction générale de la Santé, direction de la Recherche,  
des Études, de l'Évaluation et des Statistiques)

L'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

## Les auteurs

**Eric Aquaviva**, pédopsychiatre, service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, Hôpital Robert-Debré, Paris

**Valérie Aubron**, psychologue, doctorante, laboratoire de psychologie de l'Université François-Rabelais, Tours

**Nathalie Bajos**, sociodémographe, directrice de recherche à l'Unité Inserm 822

**François Baudier**, médecin, directeur de l'Union régionale des caisses d'assurance maladie (Urcam) de Franche-Comté

**Dominic Beaulieu-Prévost**, psychologue, professeur adjoint de recherche au département de psychologie, Université Concordia, Montréal, Canada

**François Beck**, statisticien, responsable du département Observation et analyse des comportements de santé à l'INPES

**Alain Blanchet**, psychologue, professeur à l'Université Paris 8, Équipe de recherche en psychologie clinique (ERPC)

**Hélène Bourdessol**, sociodémographe, chargée d'études et de recherche à l'INPES

**Xavier Briffault**, sociologue, chargé de recherche au Cesames CNRS UMR 8136, Inserm U611, Université Paris-Descartes

**Jean-François Collin**, docteur ès sciences pharmaceutiques, maître de conférence en santé publique, Faculté de médecine, Nancy-Université

**Roland Dardennes**, professeur des universités– praticien hospitalier, Université Paris-Descartes; Hôpital Sainte-Anne, Clinique des maladies mentales et de l'encéphale

**Marie-Line Erpelding**, ingénieur, service épidémiologie et évaluation cliniques, Centre hospitalier universitaire de Nancy

**Hélène Escalon**, économiste, coordinatrice du Baromètre santé Nutrition à l'INPES

**Arnaud Gautier**, biostatisticien, coordinateur du Baromètre santé Professionnels de santé à l'INPES

**Philippe Guilbert**, économètre, directeur adjoint des Affaires scientifiques à l'INPES

**Emilie Jovin**, psychologue, doctorante au département de psychologie, Université du Québec, Montréal, Canada

**Danielle Julien**, psychologue, professeur au département de psychologie, Université du Québec, Montréal, Canada

**Cynthia Kubiak**, sociologue, stagiaire à l'INPES

**Béatrice Lamboy**, psychologue, expert en promotion de la santé à l'INPES

**Damien Léger**, médecin, responsable du Centre du sommeil et de la vigilance de l'Hôtel-Dieu de Paris AH-HP et professeur à la Faculté de médecine Paris-Descartes

**Stéphane Legleye**, statisticien, responsable du département Enquêtes en population générale à l'OFDT

**Christophe Léon**, statisticien, chargé d'études et de recherche à l'INPES

**Nathalie Lydié**, démographe, expert en promotion de la santé à l'INPES

**Colette Ménard**, psychosociologue, expert en promotion de la santé à l'INPES

**Claude Michaud**, biologiste, chef de projets à l'Union régionale des caisses d'assurance maladie (Urcam) de Franche-Comté

**Grégory Michel**, psychologue, professeur à l'Université Victor-Segalen Bordeaux 2, chercheur associé à l'Unité Inserm 675

**Caroline Moreau**, médecin épidémiologiste, chargée de recherche à l'unité Inserm 822

**Yannick Morvan**, psychologue, doctorant, Institut de psychologie de l'Université Paris-Descartes

**Jean-Michel Oppert**, professeur des universités-praticien hospitalier, Université Pierre-et-Marie-Curie-Paris 6 ; service de nutrition, Hôpital Pitié-Salpêtrière ; Centre de recherche en nutrition humaine Ile-de-France

**Patrick Peretti-Watel**, sociologue, chargé de recherche à l'Inserm UMR 379, ORS Provence-Alpes-Côte d'Azur

**Ana Prieto**, économiste, chargée de recherche au CNRS, Laboratoire Théma, Université de Cergy-Pontoise

**Diane Purper-Ouakil**, pédopsychiatre, service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, Hôpital Robert-Debré, Paris, associée à l'Unité Inserm 675

**Frédéric Rouillon**, professeur des universités-praticien hospitalier, chef de service ; Université Paris-Descartes ; Hôpital Sainte-Anne, Clinique des maladies mentales et de l'encéphale

**Stanislas Spilka**, statisticien, chargé d'études à l'OFDT

**Bertrand Thélot**, médecin épidémiologiste, responsable de l'unité Traumatismes, Institut de veille sanitaire

**Anne Vuillemin**, maître de conférences en sciences et techniques des activités physiques et sportives (Staps), Faculté du sport et Faculté de médecine, Nancy-Université

**Josiane Warszawski**, médecin épidémiologiste, chargée de recherche à l'Unité Inserm 822

**Jean-Louis Wilquin**, diplômé de l'Essec, chargé d'études et de recherche à l'INPES

## **Le comité de pilotage de l'enquête**

**Pierre Arwidson**, INPES  
**François Baudier**, Urcam  
**François Beck**, OFDT  
**Hélène Escalon**, INPES  
**Christine Ferron**, INPES  
**Arnaud Gautier**, INPES  
**Philippe Guilbert**, INPES — coordination  
**Stéphane Legleye**, OFDT  
**Stanislas Spilka**, OFDT

La gestion de la base des données ainsi que la vérification des analyses ont été assurées par **Arnaud Gautier** et **Christophe Léon**

## **Remerciements**

Pour leur aide et leurs conseils lors de l'élaboration de l'enquête et du questionnaire ou la relecture des chapitres

**Julie Adès**, OFDT  
**Gérard Badéyan**, HCSP  
**Bernard Basset**, INPES  
**Nathalie Beltzer**, ORS Ile-de-France  
**Badiâa Bouazzaoui**, Université François-Rabelais de Tours  
**Marie-Christine Bournot**, ORS Pays de la Loire  
**Serge Briçon**, Université de santé publique de Nancy  
**Chantal Cases**, Irdes  
**Christine Cohidon**, InVS  
**Jean-Michel Costes**, OFDT  
**Thomas Coutrot**, Dares  
**Corinne Delamaire**, INPES  
**Michel Dépinoy**, INPES  
**Anne Doussin**, Irdes  
**Floriane Dutrop**, Université François-Rabelais de Tours  
**Françoise Facy**, Inserm  
**Jean-Marie Firdion**, Ined  
**Cécile Fournier**, INPES  
**Jean-Baptiste Herbet**, Drees  
**Gary King**, Université de Pennstate, États-Unis d'Amérique  
**Viviane Kovess**, MGEN  
**Marie-Pierre Janvrin-Pouchain**, FNMF  
**Alain Leplège**, Université d'Amiens, IHPST (Paris I)  
**Brigitte Lhomond**, CNRS  
**Florence Maillachon**, CNRS

**Hélène Martineau**, OFDT  
**Nicole Matet**, DGS  
**Georges Menahem**, Irdes  
**Silvia Orejarena**, Hôpital Robert-Debré  
**Christophe Palle**, OFDT  
**Stéphanie Pin**, INPES  
**Benoît Riandey**, Ined  
**Anne Tallec**, ORS Pays de la Loire  
**Alain Trugeon**, ORS Picardie

Pour la qualité de leur travail et leur disponibilité  
**Stéphane Marder**, **Mathilde Sanglier**, **Catherine Vayssières**,  
**Anne Billet**, **Negar Hashemi** et les enquêteurs de  
l'institut Atoo, **Élisabeth Giudicelli** (OCRD)

Pour leur contribution à la recherche documentaire et bibliographique  
**Olivier Delmer**, **Céline Deroche**, **Éve Gazzola**, **Sandra Kerzanet**  
et **Élisabeth Piquet** (département Documentation INPES)

Pour leur soutien dans l'organisation de l'enquête  
**Marie-Jeanne Barreau**, **Émilie Pineau** et **Stéphanie Quetty** (INPES)

# Préface

*Chaque Baromètre santé de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé offre aux acteurs de notre système de santé de nombreuses données qui permettent d'objectiver les pratiques et les connaissances de nos concitoyens en matière de santé. La richesse de cet outil d'observation et d'évaluation tient à la fois à la grande variété des thèmes qui y sont abordés et à leurs interactions, resituant notamment les caractéristiques sociales et les modes de vie comme des facteurs de compréhension des comportements de santé. Son intérêt se situe également dans la précision de ses estimations puisque 30 000 personnes ont été interrogées, dont 4 000 détentrices exclusives de téléphone portable.*

*Les premiers résultats publiés avaient mis en évidence un certain nombre d'évolutions favorables (niveau d'information, prévalence de consommateurs quotidiens d'alcool, prévalence de fumeurs, recours au dépistage du cancer colorectal, usage du préservatif au premier rapport...), mais également plusieurs zones d'ombre (stagnation du pourcentage de consommateurs d'alcool à risque, de la proportion de gros fumeurs ou encore du nombre d'interruptions volontaires de grossesse). Rendez-vous avait alors été pris pour la publication d'analyses approfondies selon les caractéristiques socio-démographiques et économiques des personnes interrogées. C'est désormais chose faite avec l'édition de ce volume.*

*Dans cette photographie que nous présentons aujourd'hui, certaines idées reçues se trouvent battues en brèche – comme, par exemple ,*



*celle selon laquelle les étudiants seraient plus polyconsommateurs de substances addictives que les autres jeunes du même âge...*

*Par ailleurs, de nombreuses disparités sont mises en évidence, qui font apparaître des populations vulnérables ou en rupture. Il en va ainsi, sans surprise, des personnes en situation d'emploi précaire ou de chômage qui présentent des prévalences de dépression caractérisée et de pensées suicidaires particulièrement élevées. De même, l'exposition au risque de grossesse non désirée ou de transmission d'une infection sexuellement transmissible apparaît plus fréquente dans les milieux sociaux les moins favorisés. Plus surprenant, vous y apprendrez par exemple que les jeunes filles déclarent une moindre qualité de vie que les garçons.*

*Il ressort des résultats détaillés de ce Baromètre santé 2005 une évidence : la réduction des inégalités de santé, pour complexe qu'elle puisse être, doit plus que jamais être l'objectif prioritaire des politiques de santé publique. L'exemple du dépistage organisé du cancer du sein, qui enregistre des résultats particulièrement positifs avec une forte hausse du pourcentage de mammographies effectuées par les femmes ayant les revenus les moins élevés, montre que cet objectif n'est pas hors d'atteinte.*

*De même, le développement d'une approche tournée davantage vers la promotion de la santé s'impose, tant il est vérifié dans cette étude que l'accès à la prévention et aux soins dépend avant tout de facteurs économiques, culturels et environnementaux.*

**Philippe Lamoureux**

Directeur général de l'Institut national  
de prévention et d'éducation pour la santé

# Sommaire

- 23 | Introduction**  
François Beck
- 27 | Baromètres santé :  
un éclairage sur leur méthode et leur évolution**  
François Beck, Philippe Guilbert
- 45 | Qualité de vie : une évaluation positive**  
Arnaud Gautier, Cynthia Kubiak, Jean-François Collin
- 77 | Les Français et la cigarette en 2005 :  
un divorce pas encore consommé**  
Patrick Peretti-Watel, François Beck, Jean-Louis Wilquin
- 113 | Alcool : une baisse sensible  
des niveaux de consommation**  
Stéphane Legleye, François Beck
- 169 | Cannabis, cocaïne, ecstasy :  
entre expérimentation et usage régulier**  
François Beck, Stéphane Legleye, Stanislas Spilka
- 229 | Polyconsommation : une pratique  
peu répandue en population générale**  
François Beck, Stéphane Legleye, Stanislas Spilka
- 241 | Activité physique : entre sport et sédentarité**  
Hélène Escalon, Anne Vuillemin, Marie-Line Erpelding, Jean-Michel Oppert
- 279 | Le geste vaccinal : préserver sa place  
au cœur de la prévention**  
François Baudier, Christophe Léon
- 299 | Le dépistage des cancers :  
entre organisation et libre choix**  
François Baudier, Claude Michaud

- 329 | Activité sexuelle, IST, contraception :  
une situation stabilisée**  
Caroline Moreau, Nathalie Lydié, Josiane Warszawski, Nathalie Bajos
- 355 | Minorités sexuelles : des populations  
plus exposées que les autres ?**  
Émilie Jouvin, Dominic Beaulieu-Prévost, Danielle Julien
- 379 | Accidents : les plus fréquents sont  
ceux de la vie courante**  
Hélène Bourdessol, Bertrand Thélot
- 415 | Activité professionnelle et santé, quels liens ?**  
Colette Ménard, Christophe Léon
- 459 | La dépression : prévalence, facteurs associés  
et consommation de soins**  
Yannick Morvan, Ana Prieto, Xavier Briffault, Alain Blanchet,  
Roland Dardennes, Frédéric Rouillon, Béatrice Lamboy
- 487 | Suicides : mieux comprendre,  
pour prévenir avec plus d'efficacité**  
Grégory Michel, Éric Aquaviva, Valérie Aubron, Diane Purper-Ouakil
- 519 | Troubles du sommeil : une approche exploratoire**  
François Beck, Christophe Léon, Damien Léger
- 535 | Annexes**
- 537 | Lettre-annonce**
- 539 | Questionnaire de l'enquête**
- 581 | Liste des tableaux et des figures**

# L'essentiel

En 2005, le cannabis reste de loin la drogue illicite la plus consommée en France. L'expérimentation de toutes les drogues illicites concerne davantage les hommes, même si dans le cas du cannabis le genre semble de moins en moins discriminant. Entre 2000 et 2005, l'expérimentation de cannabis a connu une hausse assez nette de 24,9 % à 30,6 % parmi les 15-64 ans, dans la continuité de celle observée depuis le début des années 1990. Si les usages des autres produits illicites restent marginaux en France, l'ecstasy et la cocaïne ont également connu une diffusion croissante depuis 2000 (passant respectivement de 0,9 % à 2,0 % en 2005 et de 1,6 % à 2,6 % en 2005 parmi les 15-64 ans). On observe par ailleurs une stabilisation du niveau des usages actuels du cannabis depuis le début des années 2000, l'usage régulier restant néanmoins à la hausse.

Du point de vue de la pérennité de l'usage du cannabis, l'entrée dans le monde du travail semble être l'occasion d'un abandon pour une majorité d'individus, alors que le chômage et l'inactivité paraissent constituer des circonstances de maintien dans cette pratique. L'expérimentation de cannabis s'avère plus fréquente parmi les individus possédant au moins le bac, alors que l'élévation du diplôme serait plutôt de nature à décourager l'usage régulier de cannabis. Parmi les personnes en activité professionnelle, les distinctions apparaissent nettement moins franches entre les six niveaux agrégés classiques (agri-

culteurs, artisans, cadres, etc.). Un examen plus détaillé révèle toutefois qu'il existe des différences au sein d'une catégorie donnée, suivant le type de métier : il semblerait que la PCS puisse gommer certains particularismes observés à un niveau plus fin. Ce résultat se retrouve pour des produits tels que l'ecstasy ou la cocaïne.

En termes d'évolution, la hausse du niveau d'usage régulier de cannabis est significative (de 1,7 % en 2000 à 2,8 % en 2005 parmi les 15-64 ans). Elle est surtout le fait des ouvriers et de la catégorie des artisans, commerçants et chefs d'entreprise, tandis que les usages du cannabis se sont avérés stables pour les autres PCS. En revanche, les usages de la cocaïne ont progressé depuis 2000, en particulier parmi les moins de 40 ans, et se sont diffusés dans toutes les professions et catégories sociales.

La majorité des usages observés sont occasionnels et relèvent d'un certain hédonisme, comme semblent le montrer les principaux motifs de consommation évoqués. Il existe néanmoins des situations où cet usage peut s'avérer dommageable pour l'individu ou son entourage. Le *Cannabis Abuse Screening Test* (Cast) est un ensemble de questions permettant de décrire sommairement certaines pratiques d'usage et les problèmes associés à la consommation de cannabis au cours des douze derniers mois. Il s'agit ici de la version longue de ce test (onze questions). Les comportements investigués s'avèrent relativement rares au sein de l'en-

semble des fumeurs de cannabis. Les plus fréquents sont les effets indésirables tels que les malaises, *bad trips* et crises de paranoïa qu'environ un tiers des consommateurs au cours de la période dit avoir éprouvés au moins une fois (32 %), devant le manque d'énergie (28 %), les problèmes de mémoire (19 %) et les reproches de l'entourage (12 %). Les signes évocateurs d'une certaine dépendance, comme la difficulté à passer une journée sans consommer ou l'impossibilité d'arrêter ou de diminuer sa consommation, apparaissent relativement fréquents (respectivement 14 % et 19 %). En revanche, les problèmes de type professionnel ou relationnel plus graves s'avèrent rares (2 % pour les mauvais résultats ou problèmes à l'école ou au travail, 1 % pour les disputes et problèmes d'argent). Deux autres comportements ont été interrogés : le fait de consommer du cannabis le matin avant d'aller en cours ou au travail, et le fait d'en fumer en solitaire. Ces pratiques, qui ne relèvent pas d'un usage problématique mais illustrent des contextes qui tendent à s'éloigner d'une certaine norme, concernent respectivement 12 % et 17 % des usagers au cours de l'année. Le score optimal discriminant les individus présentant un problème avec le cannabis n'a pas encore été déterminé. Si l'on retient le score 4, environ 16 % des usagers au cours de l'année obtiennent un score supérieur ou égal à 4, ce qui représente 4 % de la tranche d'âge 15-64 ans.

# Cannabis, cocaïne, ecstasy : entre expérimentation et usage régulier

FRANÇOIS BECK  
STÉPHANE LEGLEYE  
STANISLAS SPILKA

## INTRODUCTION

Depuis plus de dix ans, les différents Baromètres santé portant sur la population générale adulte renseignent sur les évolutions des pratiques d'usage de substances psychoactives de l'ensemble de la population comme des différentes catégories qui la composent. Les produits étudiés ici sont soit des produits classés sur la liste des stupéfiants (cannabis, amphétamines, cocaïne, ecstasy, LSD, héroïne, poppers, champignons hallucinogènes), soit des produits licites détournés de leur usage à des fins psychotropes (colles, solvants volatils), les caractéristiques de ces différents produits étant rappelées à la fin de ce chapitre. L'alcool, le tabac et les médicaments psychotropes sont traités dans des chapitres *ad hoc*, du fait de l'ampleur de leur consommation en France, et ne seront ici mobilisés que très sommairement, principalement pour être mis en perspective avec les drogues illicites. La polyconsommation fait également l'objet d'un chapitre distinct dans cet ouvrage.

Différentes catégories d'usages peuvent être définies : l'abstinence (n'avoir jamais consommé un produit au cours de sa vie)<sup>1</sup>, l'expérimentation (avoir déjà pris un produit), la consommation actuelle (en avoir pris au cours des douze derniers mois), l'usage récent (en avoir pris au cours des trente derniers jours) et, enfin, l'usage régulier (en avoir pris au moins dix fois au cours des trente derniers jours). Seuls le cannabis et dans une moindre mesure la cocaïne et l'ecstasy, s'avèrent suffisamment consommés pour autoriser des distinctions fines par sous-populations dans le cadre d'une enquête représentative en population générale. Ces trois substances feront ainsi l'objet d'analyses particulières.

1. Dans le langage commun, l'abstinence désigne plutôt le fait de se refuser à un comportement adopté par le plus grand nombre (l'abstinence sexuelle, par exemple). Le terme « abstinant » peut donc paraître incongru s'agissant de drogues surtout illicites ; il a été choisi en raison de sa concision, par commodité d'expression.

Les consommations de drogues illicites renvoient à de nombreux contextes d'usage. Elles peuvent être abordées autant comme des marqueurs d'un certain mode de vie que comme des pratiques présentant certains risques sanitaires et sociaux. La diversité des usages est donc ici abordée d'un point de vue quantitatif, essentiellement par la fréquence des consommations. Les principaux résultats par sexe et âge ayant été exposés dans le volume de premiers résultats [1], il s'agira ici, après les avoir brièvement rappelés, de traiter plus en profondeur un certain nombre de thèmes. L'ampleur de l'usage du cannabis justifiant une investigation plus poussée, les contextes et circonstances de l'usage, l'accessibilité, ainsi que les motifs de sa consommation ou de la cessation de celle-ci sont également explorés. La plupart des questions sur les drogues illicites ne sont posées qu'aux individus âgés de 15 à 64 ans, dans la mesure où il a été jugé périlleux d'aborder ces questions avec les plus jeunes, eu égard à la distance physique entre l'enquêteur et l'enquêté et à la méthode d'enquête qui se trouve déconnectée de toute intervention de prévention<sup>2</sup>.

Il s'agira ici de décrire les usages de drogues illicites et leurs modalités, en détaillant les usages par sous-populations.

En premier lieu, les modes de consommation seront décrits suivant le statut professionnel et scolaire (en distinguant notamment les actifs occupés, les chômeurs et les étudiants), puis, au sein des actifs occupés, par professions et catégories socioprofessionnelles (PCS). Pour le cannabis, la cocaïne et l'ecstasy, une exploration plus fine sera faite à propos des personnes occupant des emplois de niveau cadre et professions intellectuelles supérieures.

Après cette présentation par segments de la population, une analyse géographique simple, restreinte au niveau régional, sera proposée pour ces trois produits. Une première carte présentera les niveaux d'usage mesurés en région, tandis qu'une seconde permettra de visualiser les effets propres de l'appartenance régionale une fois contrôlés les principaux facteurs de confusion liés aux usages (cf. encadré : « Les facteurs de confusion »).

Par ailleurs, une partie traitera en détail des évolutions observées pour le cannabis

2. Un certain nombre de numéros de téléphonie sociale étaient proposés à la discrétion de l'enquêteur et du chef d'équipe : Drogues alcool tabac info service (Datis), Sida info service, Fil santé jeunes, Allô enfance maltraitée, Suicide écoute, Femmes info service. De plus, si cela s'avérait nécessaire, les numéros d'un psychologue et d'un médecin de l'INPES étaient proposés aux enquêtés.

## LES FACTEURS DE CONFUSION ET LA RÉGRESSION LOGISTIQUE

Les usages de drogues varient suivant un certain nombre de caractéristiques des individus. L'âge et le sexe sont les premiers de ces facteurs : les usages s'avèrent généralement nettement plus fréquents parmi les hommes et plus rares dans les générations âgées. Lorsqu'il s'agit de comparer les usages de différents groupes, il importe donc de tenir compte des éventuelles disparités d'âge et de sexe entre eux. Par exemple, les ouvriers apparaissent nettement plus souvent consommateurs de cannabis au cours de l'année que les employés (7,8 % vs 4,4 % ;  $p < 0,001$ ). Toutefois, les professions

regroupées sous la catégorie « ouvriers » sont nettement plus masculines que celles regroupées sous la catégorie « employés » : il y a 73,7 % d'hommes parmi la première versus 27,1 % parmi la seconde ( $p < 0,001$ ) ; de même, l'âge moyen des employés est supérieur à celui des ouvriers (43,8 ans vs 43,0 ans ;  $p < 0,01$ ). La comparaison brute des pourcentages de consommateurs dans les deux catégories de travailleurs est donc biaisée par ces différences en termes de sexe et d'âge. Dès lors, il importe de tenir compte de ces facteurs avant de conclure à un effet propre de l'appartenance à la caté-

gorie « ouvriers » ou « employés » sur les usages du cannabis au cours de l'année : c'est l'objet des régressions logistiques qui seront utilisées dans ce chapitre. En l'occurrence, une fois contrôlés l'âge et le sexe, il ne persiste plus de différence entre les deux catégories de travailleurs. La mesure utilisée pour décrire l'écart entre les ouvriers et les employés dans la régression logistique est l'« odds ratio » (OR) qui, en première approximation, est le ratio du pourcentage d'usagers parmi les ouvriers à celui calculé parmi les employés, toutes choses égales par ailleurs (c'est-à-dire ici une fois les effets de l'âge et du sexe neutralisés)<sup>1</sup> : inférieur à 1, il indique une consommation plus faible parmi les ouvriers ; supérieur à 1, une consommation supérieure. Quelle conclusion retenir alors ? Nous conviendrons de dire qu'il existe effectivement une surconsommation de cannabis parmi les ouvriers relativement aux employés, ce que montre la comparaison des pourcentages mesurés dans les deux sous-populations, mais que celle-ci est essentiellement due à la surreprésentation des hommes jeunes parmi les ouvriers.

Dès lors, quelles variables prendre en compte dans ces analyses logistiques ? Compte tenu des recherches antérieures sur les usages de drogues, nous avons retenu la liste suivante : le sexe, l'âge, la situation scolaire ou professionnelle (chômeur, travailleur, élève ou étudiant, inactif) ou bien, suivant le cas, la profession ou catégorie sociale (essentiellement six : agriculteurs, exploitants ; artisans, commerçants et chefs d'entreprise ; cadres et professions intellectuelles supérieures ; professions intermédiaires ; employés ; ouvriers),

la taille de l'agglomération urbaine de résidence (en quatre catégories), le niveau de diplôme (en trois ou cinq catégories, suivant le cas), enfin la vie en couple et la présence d'enfants au sein du ménage. Le type d'équipement téléphonique a également été retenu, distinguant la présence d'une ligne fixe en liste blanche, en liste rouge, ou bien la possession exclusive d'un téléphone portable. Ce point, qui peut paraître secondaire au premier abord, trouve sa justification dans la très forte association entre le type de téléphone et les usages de drogues exposée dans un encadré *ad hoc*. Toutes ces caractéristiques se retrouvent généralement plus ou moins fortement liées aux usages de produits psychoactifs, licites ou illicites.

Quelques remarques additionnelles s'imposent : les usages de drogues étant très rares au-delà de 44 ans (*cf. supra*), il importe de borner l'analyse à cet âge afin de ne pas mettre en péril sa robustesse. De plus, afin de tenir compte de la raréfaction du nombre d'étudiants au-delà de 34 ans et de ne pas nuire à la qualité des analyses, nous avons procédé à des modélisations sur deux tranches d'âge distinctes : 15-34 ans et 35-44 ans, les scolarisés étant éliminés de cette dernière qui ne compare que les inactifs et chômeurs aux actifs occupés.

---

1. L'odds ratio varie entre 0 et plus l'infini. En fait, cette approximation assimilant l'odds ratio au risque relatif n'est valable que si l'odds ratio n'est pas trop éloigné de 1. Dans l'ensemble de ce chapitre, les odds ratios sont toujours ajustés.

et la cocaïne. Celles-ci seront étudiées par âge, puis par PCS pour les actifs occupés. Deux encadrés aborderont spécifiquement l'un la question de savoir si les étudiants du supérieur consomment davantage de drogues que les actifs du même âge et, l'autre, à titre descriptif et exploratoire, la question de savoir si la santé mentale des usagers de cannabis (telle qu'elle peut être mesurée dans le Baromètre santé)

est dégradée par rapport aux non-fumeurs (sans pour autant chercher à établir le sens de l'éventuelle association).

Enfin, une analyse plus méthodologique tentera d'évaluer l'incidence de l'adaptation du mode de collecte et notamment de l'inclusion des téléphones portables au sein de l'échantillon sur les niveaux d'usage mesurés en 2005, puis sur les évolutions entre les Baromètres santé 2000 et 2005.

## RÉSULTATS

### RAPPEL DES NIVEAUX D'USAGE ET DES ÉVOLUTIONS PAR SEXE ET ÂGE

#### Niveaux d'usage

Parmi les 15-64 ans, 43,1 % des individus interrogés se sont vu proposer au moins une fois du cannabis au cours de leur vie. Les hommes sont en proportion plus nombreux que les femmes (51,4 % vs 35,2 % ;  $p < 0,001$ ), les individus âgés de 20 à 34 ans ayant été les plus sollicités. Il s'agit de la drogue illicite la plus souvent proposée. Ensuite, deux groupes de produits peuvent schématiquement être isolés : d'un côté, les poppers, les champignons hallucinogènes, l'ecstasy et la cocaïne, que 7 à 9 % des individus déclarent s'être déjà vu proposer et, de l'autre, les produits à inhaler, le LSD, les amphétamines et l'héroïne qui ont été proposés à environ 5 % des déclarants. Pour tous ces produits, les hommes s'avèrent plus fréquemment sollicités que les femmes, ce qui traduit une différenciation selon le genre largement documentée [2].

Le cannabis est la drogue illicite la plus consommée en France. Parmi les 15 à 64 ans, trois individus sur dix (30,6 %)³ l'ont déjà expérimenté [tableau 1]. Viennent ensuite, dans des proportions nettement moindres, les poppers (3,9 %), les champignons hallucinogènes (2,7 %), la cocaïne (2,6 %) et l'ecstasy (2,0 %). Enfin, moins de 2 % des individus interrogés ont déclaré avoir expérimenté des produits à inhaler, du LSD, des amphétamines, et moins de 1 % de l'héroïne ou du crack. L'expérimentation de drogues illicites concerne davantage les hommes ( $p < 0,001$ , excepté pour le crack ;  $p < 0,05$ ). C'est par exemple le cas pour le cannabis (37,9 % vs 23,5 % ;  $p < 0,001$ ).

Près de 9 % des individus âgés de 15 à 64 ans interrogés déclarent avoir consommé du

cannabis au cours des douze derniers mois. L'usage actuel des autres drogues illicites concerne moins de 1 % des individus.

Ces pourcentages peuvent être ramenés à des effectifs de la population qui permettent de porter un regard complémentaire sur la diffusion des usages, notamment en comparaison avec les produits licites [tableau II] [3]. Ces derniers sont les plus consommés, qu'il s'agisse de l'expérimentation, de l'usage actuel ou des usages plus réguliers. Le tabac s'avère moins souvent expérimenté que l'alcool, mais nettement plus souvent consommé quotidiennement, ce qui souligne son fort caractère addictif.

3. Dont 3,1 % qui répondent « non » à la question de l'usage au cours de la vie, mais qui précisent ultérieurement avoir déjà consommé « pour y goûter ».

#### DÉFINITIONS

- **Proposition** : déclarer s'être vu proposer un produit au moins une fois au cours de la vie.
- **Expérimentation** : déclarer avoir consommé un produit au moins une fois au cours de la vie.
- **Usage actuel (ou au moins occasionnel)** : déclarer avoir consommé du cannabis au moins une fois au cours des douze derniers mois.
- **Usage récent** : déclarer avoir consommé un produit au moins une fois au cours des trente derniers jours.
- **Usage régulier** : déclarer avoir consommé un produit au moins dix fois au cours des trente derniers jours.
- **Diffusion** : par ce terme, seront entendus généralement l'expérimentation, mais aussi parfois l'usage au cours de l'année, soit les usages les plus anciens ou les moins fréquents.

Les usages récent et régulier ne seront utilisés ici que pour le cannabis.



TABLEAU I

## Niveaux d'usage et de proposition par produits parmi les 15-64 ans (en pourcentage)

	Expérimentation	Usage actuel	Proposition
Cannabis	30,6	8,6	43,1
Poppers	3,9	0,6	8,2
Champignons hallucinogènes	2,7	0,3	7,0
Cocaïne	2,6	0,6	8,0
Ecstasy	2,0	0,5	8,9
Produits à inhaler	1,7	0,2	4,8
LSD	1,5	0,1	4,6
Amphétamines	1,4	0,2	5,2
Héroïne	0,8	0,1	4,6
Crack	0,3	0,1	2,9

\* Les résultats prennent en compte les personnes ayant cité spontanément le produit à la question ouverte « Au cours de votre vie, avez-vous déjà consommé une autre drogue ? »

TABLEAU II

Estimation du nombre de consommateurs de substances psychoactives en France métropolitaine parmi les 12-75 ans<sup>a</sup>

	Alcool	Tabac	Médicaments psychotropes	Cannabis	Héroïne	Cocaïne	Ecstasy
Expérimentateurs	42,5 M	34,8 M	15,1 M	12,4 M	350 000	1,1 M	900 000
dont actuels	39,4 M	14,9 M	8,7 M	3,9 M	–	0,25 M	200 000
dont réguliers	9,7 M	11,8 M	–	1,2 M	–	–	–
dont quotidiens	6,4 M	11,8 M	–	0,55 M	–	–	–

Sources : Escapad 2003, OFDT ; Espad 2003, Inserm/OFDT/MJENR ; Baromètre santé 2005, INPES.

- Expérimentation : au moins un usage au cours de la vie (cet indicateur sert principalement à mesurer la diffusion d'un produit dans la population).
- Usage actuel : au moins un usage dans l'année (pour le tabac, il s'agit des personnes déclarant fumer ne serait-ce que de temps en temps).
- Usage régulier : au moins trois consommations d'alcool dans la semaine, tabagisme quotidien, usage de somnifères ou tranquillisants dans la semaine, dix consommations de cannabis dans le mois.

NB : le nombre d'individus de 12-75 ans en 2005 est d'environ 46 millions.

a. Ces chiffres sont des ordres de grandeur et doivent de ce fait être lus comme des données de cadrage. En effet, une marge d'erreur existe même si elle s'avère sans doute raisonnable. Par exemple, 12,4 millions d'expérimentateurs de cannabis signifie que leur nombre se situe vraisemblablement entre 11,9 et 12,9 millions.

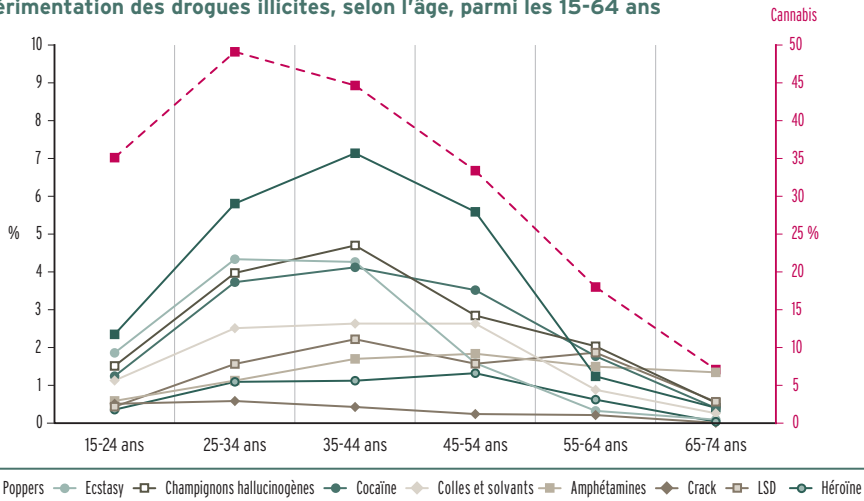
Les médicaments psychotropes constituent une catégorie à part du fait de la diversité de leurs usages, depuis la prescription médicale strictement respectée jusqu'à l'usage détourné (notamment en association avec l'alcool), en passant par l'usage thérapeutique sans prescription médicale (les chiffres les concernant ne font aucune distinction entre ces usages). Ils touchent un public beaucoup plus nombreux que les substances illicites, avec quinze millions d'expérimentateurs et près de neuf millions

de consommateurs actuels. Le cannabis est la substance illicite la plus expérimentée. Il l'est dix fois plus que la cocaïne ou l'ecstasy et trente fois plus que l'héroïne : son usage régulier concerne plus d'un million de personnes et son usage quotidien environ un demi-million.

L'expérimentation de drogues illicites décroît avec l'âge selon un calendrier qui diffère suivant les produits [figure 1]. Ainsi, la baisse de la proportion d'usagers s'amorce entre 25 et 30 ans pour le cannabis et l'ecs-

FIGURE 1

## Expérimentation des drogues illicites, selon l'âge, parmi les 15-64 ans



N.B. : La courbe de l'expérimentation du cannabis (pointillés rouges) est à lire dans le référentiel de droite.

tasy, et plutôt vers 40 ans pour les poppers, la cocaïne, les champignons hallucinogènes et les produits à inhaler. Les amphétamines sont les seules drogues illicites dont le niveau d'expérimentation baisse à peine avec l'âge et il s'agit du seul produit dont la proportion d'utilisateurs se maintient au-dessus de 1 % pour les personnes âgées de 55-64 ans. Les expérimentations du crack et de l'héroïne restent marginales à tous les âges.

### Évolutions : bilan général

Entre 2000 et 2005, l'expérimentation du cannabis a connu une hausse assez forte de 24,9 % à 30,6 % parmi les 15-64 ans ( $p < 0,001$ ), dans la continuité de celle observée depuis 1990<sup>4</sup>. Si les usages des autres produits illicites restent marginaux en France, l'ecstasy et la cocaïne ont également connu une diffusion croissante depuis 2000 (passant respectivement de 0,9 % à 2,0 % et de 1,6 % à 2,6 % parmi les 15-64 ans). Les niveaux d'expérimentation

des amphétamines, du LSD, de l'héroïne et des produits plus rares sont pour leur part restés stables sur l'ensemble de la période, concernant environ 1 % des 15-64 ans. Seuls les produits à inhaler apparaissent de leur côté en baisse entre 2000 et 2005 (passant de 3,0 % à 1,7 %). L'usage des champignons hallucinogènes et des poppers n'était pas questionné dans le Baromètre santé 2000 ni dans les enquêtes antérieures ; il n'est donc pas possible de suivre l'évolution dans le temps de leur niveau d'usage [tableau III].

Le suivi des évolutions sur la tranche d'âge 15-34 ans montre des tendances similaires à celles observées sur l'ensemble de la population [tableau IV].

4. L'expérimentation est une mesure de stock : tout expérimentateur le reste, qu'il renouvelle ou non sa consommation par la suite. Mesurée sur l'ensemble de la population, l'expérimentation ne peut donc baisser que lorsqu'une part de la génération des expérimentateurs disparaît : dans le cas du cannabis, surtout expérimenté par les jeunes, cela ne peut se produire que sur une période longue. Un produit pourrait donc très bien s'avérer de moins en moins expérimenté et voir son niveau d'expérimentation croître néanmoins sur une période relativement courte, car tout nouvel expérimentateur augmente le stock d'expérimentateurs dans la population.

Les précédents Baromètres santé ainsi qu'un certain nombre d'enquêtes en population générale menées depuis 1992 permettent de resituer cette évolution dans une perspective plus large mais sur une tranche d'âge plus réduite, les 18-44 ans [figure 2].

Certains produits comme la cocaïne et l'ecstasy ont connu une diffusion croissante au cours des années 1990<sup>5</sup>. Ainsi, les niveaux d'expérimentation des drogues de synthèse (amphétamines et ecstasy<sup>6</sup>) ont fait plus que doubler entre 1995 et 2005, passant, sur cette tranche d'âge, de 0,7 % à 2,1 %

chez les femmes et de 1,8 % à 5,7 % chez les hommes. Les niveaux concernant l'héroïne sont pour leur part restés relativement stables sur l'ensemble de la période, concernant environ 1 % des 18-44 ans [figure 3].

5. Les droites de régression linéaire présentes sur le graphique aident à visualiser la tendance d'évolution sur les années passées et ne peuvent en aucun cas être utilisées pour prédire les niveaux futurs.

6. La distinction entre ces deux catégories n'était pas faite dans les Baromètres santé 1992 et 1995 [4, 5]. Cette hausse vient principalement du fait que l'ecstasy n'est apparue en France qu'au milieu des années 1990.

TABLEAU III

### Évolution de l'expérimentation et de l'usage actuel des produits parmi les 15-64 ans entre 2000 et 2005 (en pourcentage)

	Expérimentation			Usage actuel		
	2000	2005	2005 vs 2000	2000	2005	2005 vs 2000
Cannabis	24,9	30,6	↗	8,8	8,6	→
Cocaïne	1,6	2,6	↗	0,2	0,6	↗
Ecstasy	0,9	2,0	↗	0,2	0,5	↗
Produits à inhaler	3,0	1,7	↘	0,2	0,2	→
Amphétamines	1,5	1,5	→	0,2	0,2	→
LSD	1,7	1,5	→	0,2	0,1	→
Héroïne	0,7	0,8	→	0,1	0,1	→

↗ : indique une augmentation significative entre 2000 et 2005 ( $p < 0,001$ ).

↘ : indique une baisse significative entre 2000 et 2005 ( $p < 0,001$ ).

→ : indique une évolution non significative entre 2000 et 2005 ( $p > 0,05$ ).

TABLEAU IV

### Évolution de l'expérimentation et de l'usage actuel des produits parmi les 15-34 ans entre 2000 et 2005 (en pourcentage)

	Expérimentation			Usage actuel		
	2000	2005	2005 vs 2000	2000	2005	2005 vs 2000
Cannabis	35,7	43,6	↗	17,0	16,7	→
Cocaïne	1,9	3,3	↗	0,5	1,2	↗
Ecstasy	1,8	3,7	↗	0,5	1,0	↗
Produits à inhaler	4,9	2,2	↘	0,4	0,3	→
Amphétamines	1,4	1,3	→	0,4	0,2	→
LSD	2,0	1,6	→	0,5	0,2	→
Héroïne	0,7	0,9	→	0,2	0,3	→

↗ : indique une augmentation significative entre 2000 et 2005 ( $p < 0,05$ ).

↘ : indique une baisse significative entre 2000 et 2005 ( $p < 0,05$ ).

→ : indique une évolution non significative entre 2000 et 2005 ( $p > 0,05$ ).

FIGURE 2

## Évolution de l'expérimentation du cannabis parmi les 18-44 ans

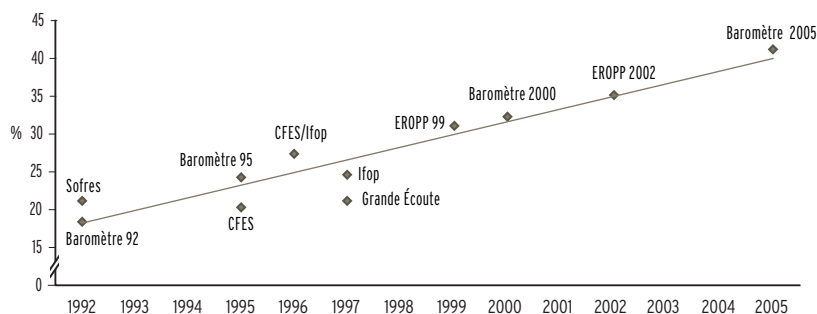
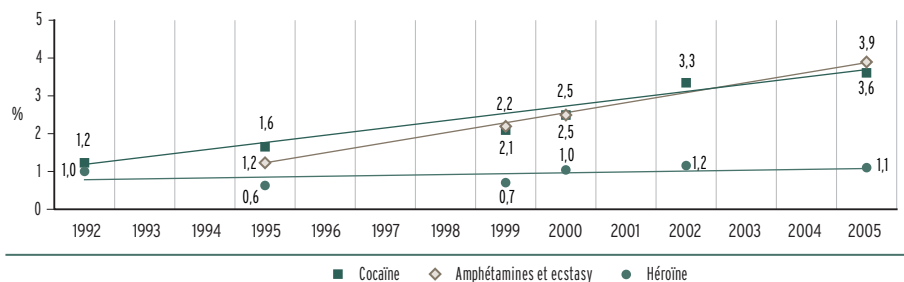


FIGURE 3

## Évolution de l'expérimentation de la cocaïne, de l'héroïne et de drogues de synthèse parmi les 18-44 ans



Sources : Sofres, 1992 ; CFES, 1992, 1995, 1996, 2000 ; IFOP, 1997 ; Publimétrie Grande Écoute, 1997 ; Eropp-OFDT, 1999, 2002 ; Baromètre santé 2005, INPES.

## LE CANNABIS : QUI EN CONSOMME EN FRANCE ?

### Les niveaux de consommation

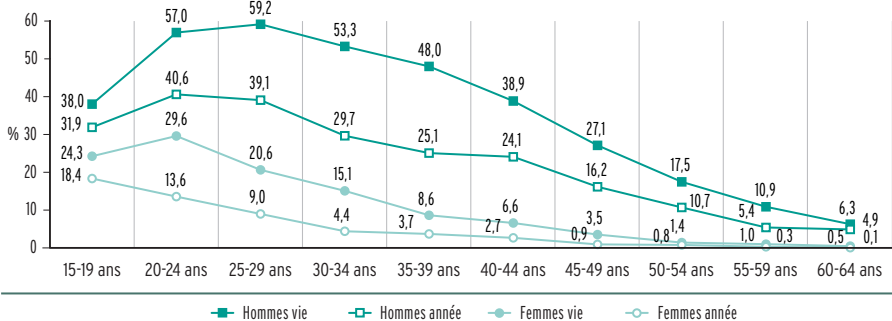
En 2005, parmi les 12-75 ans, près de trois individus sur dix déclarent avoir déjà expérimenté le cannabis. Cette proportion tombe à 7 % pour les usages au cours de l'année écoulée. Les niveaux de consommation des hommes apparaissent nettement plus élevés que ceux des femmes, même si l'écart tend à se réduire ces dernières années. Le cannabis reste surtout consommé par les jeunes générations, au point que les propor-

tions d'usages au cours de l'année deviennent rapidement négligeables au-delà de 50 ans [figure 4]. Les questions concernant les usages du cannabis au cours de la vie et de l'année étaient posées à tous les enquêtés indépendamment de leur âge, mais celles portant sur les usages plus récents étaient restreintes aux moins de 65 ans afin d'alléger le questionnaire pour ces individus très peu concernés par les usages de drogues.

Parmi les 15-64 ans, la proportion d'usagers au cours du mois atteint globalement 4,8 %, ces usages étant principalement le fait des plus jeunes générations : ainsi, 12,7 % des 15-24 ans ont fumé du cannabis au

FIGURE 4

## Proportions de consommateurs de cannabis au cours de la vie et de l'année, suivant le sexe et l'âge



cours du dernier mois, 7,5 % en sont usagers réguliers et 3,6 % usagers quotidiens.

### D'importantes différences suivant le statut scolaire et professionnel

Si le sexe et l'âge restent d'importants facteurs associés à la consommation de produits illicites et donc de cannabis, l'analyse des certains aspects sociodémographiques laisse apparaître d'importantes lignes de partage entre les différents types d'usagers d'une part et les abstinentes d'autre part. Alors que le cannabis apparaît relativement bien diffusé dans toutes les couches de la société, il semble exister des différences suivant le milieu social des individus.

En comparant globalement les catégories de personnes suivant leur situation scolaire et professionnelle, les usages apparaissent ainsi particulièrement faibles parmi les inactifs, qu'ils soient retraités ou non [figure 5]. C'est parmi les étudiants et les chômeurs que les usages se trouvent les plus répandus, les actifs occupés prenant une position intermédiaire<sup>7</sup>.

Toutefois, ces descriptions ne tiennent pas compte des disparités sociodémogra-

phiques existant entre les différentes catégories. Des modélisations logistiques ont donc été effectuées afin de les contrôler. Parmi les 15-34 ans, en comparaison des actifs occupés, les élèves et étudiants apparaissent légèrement sous-expérimentateurs, mais leurs usages plus récents ne se distinguent pas [tableau V]. Enfin, les chômeurs se montrent nettement surconsommateurs. Ces résultats ne sont pas tout à fait similaires à ceux observés en 2000 pour les étudiants [6], mais les tranches d'âge et les moyens d'analyses diffèrent. En particulier, le terme « étudiant » désigne ici aussi bien des élèves scolarisés dans l'enseignement secondaire que des étudiants du supérieur : pour une analyse qui leur est propre, voir l'encadré afférent dans le présent chapitre. En revanche, ils sont tout à fait congruents avec ce qui était observé en 2000 pour la comparaison des chômeurs aux actifs occupés d'une part, et des actifs occupés entre eux d'autre part [7].

7. Les chômeurs ne sont pas classés parmi les inactifs. Ils sont des actifs inoccupés. Par ailleurs, les profils concernant l'alcool et le tabac sont assez différents, comme le montrent les chapitres correspondants. En ce qui concerne spécifiquement les étudiants du supérieur, un encadré les compare précisément à la population active occupée du même âge pour les principaux usages de produits psychoactifs licites et illicites dans le présent chapitre.

FIGURE 5

## Usages du cannabis, suivant le statut scolaire et professionnel, parmi les 15-64 ans

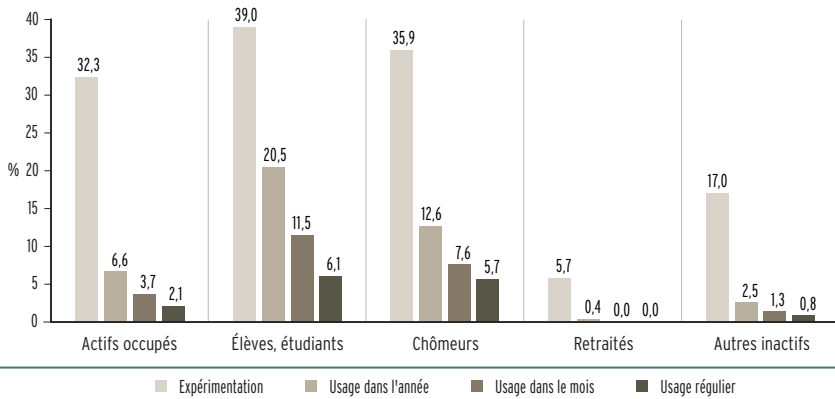


TABLEAU V

## OR ajustés pour le statut scolaire et professionnel en fonction des différents usages du cannabis parmi les 15-34 ans

	Usage au cours de la vie	Usage au cours de l'année	Usage au cours du mois	Usage régulier
Élèves, étudiants (n=3 368)	<b>0,8</b>	1,1	0,9	0,8
Chômeurs (n=1285)	1,0	<b>1,3</b>	<b>1,4</b>	<b>1,8</b>
Actifs occupés : réf. (n=5 576)	1	1	1	1

\* L'ajustement porte sur l'âge, le sexe, la vie de couple, la parentalité, la catégorie d'agglomération (quatre niveaux), le niveau de diplôme (trois niveaux) et l'équipement téléphonique (liste rouge, blanche, mobile).

En gras figurent les OR dont l'intervalle de confiance à 95 % ne contient pas 1; celui en italiques est significativement inférieur à 1.

Pour la génération 35-44 ans, l'analyse montre clairement que l'activité professionnelle éloigne des usages du cannabis et notamment des usages récents : chômeurs et inactifs présentent en effet de très nettes surconsommations comparativement aux actifs occupés [tableau VI], même si les résultats pour les inactifs sont non significatifs pour l'usage au cours du mois et l'usage régulier en raison du faible nombre de personnes considérées<sup>8</sup>.

Sur l'ensemble de la population active occupée ou au chômage âgée de 15 à 44 ans, les chômeurs présentent donc une consommation de cannabis très nettement

supérieure à celle des travailleurs. Cela est vrai pour tous les indicateurs de consommation, sauf l'expérimentation. L'intensité de la relation semble même augmenter avec la fréquence d'usage considérée.

### Des variations importantes suivant le diplôme et plutôt faibles suivant la PCS

Le niveau de formation scolaire est également un facteur de clivage pour les usages. Ainsi,

8. Les résultats sont identiques si l'on ne contrôle que le sexe et l'âge.

TABLEAU VI

**OR ajustés pour le statut professionnel en fonction des différents usages de cannabis parmi les 35-44 ans**

	Usage au cours de la vie	Usage au cours de l'année	Usage au cours du mois	Usage régulier
Chômage (n=559)	<b>1,4</b>	<b>2,1</b>	<b>2,5</b>	<b>3,1</b>
Autres inactifs (n=448)	0,9	<b>1,7</b>	1,7	1,7
Actifs occupés : réf. (n=4 461)	1	1	1	1

\* L'ajustement porte sur l'âge, le sexe, la vie de couple, la parentalité, la catégorie d'agglomération (quatre niveaux), le niveau de diplôme (trois niveaux) et l'équipement téléphonique (liste rouge, blanche, mobile).  
En gras figurent les OR dont l'intervalle de confiance à 95 % ne contient pas 1.

toutes choses égales par ailleurs, parmi les 15-44 ans, les modèles logistiques permettent de montrer que la possession d'un diplôme est globalement un facteur associé à l'expérimentation ou à l'usage au cours de l'année, mais l'effet s'amenuise et s'inverse avec l'élévation du niveau de diplôme considéré pour les usages plus fréquents et en particulier l'usage régulier. Ainsi, la fréquence d'usage régulier du cannabis est très nettement diminuée parmi les personnes possédant un diplôme universitaire comparativement à celles qui n'ont pas atteint le bac [tableau VII]. Un meilleur niveau d'instruction autoriserait – sans que l'on sache précisément ce qui joue à travers cet indicateur en termes de normes, d'appréhension des messages de prévention et de conformisme – l'expérimentation et ne freinerait pas l'usage actuel, mais il « protégerait »

du basculement vers une consommation régulière et vers un usage problématique. Il s'agirait alors d'un résultat comparable à celui retrouvé pour le tabac, moins souvent fumé parmi les personnes dont la position sociale est élevée. Toutefois, parallèlement au statut professionnel, d'autres facteurs (plus grande sociabilité, environnement familial, perception de la santé...) pourraient entrer en ligne de compte.

Parmi les actifs occupés, il est possible de distinguer grossièrement trois groupes de consommateurs suivant la PCS : les agriculteurs exploitants d'un côté, largement sous-consommateurs, les artisans, commerçants et chefs d'entreprise ainsi que les ouvriers de l'autre, nettement surconsommateurs, tandis que les cadres et professions intermédiaires présentent une consommation proche de la moyenne [figure 6].

TABLEAU VII

**OR ajustés pour le niveau de diplôme en fonction des différents usages du cannabis parmi les 15-44 ans**

	Usage au cours de la vie	Usage au cours de l'année	Usage au cours du mois	Usage régulier
Bac (n=3 440)	<b>1,3</b>	1,1	<b>1,2</b>	0,9
Supérieur au bac (n=5 858)	<b>1,5</b>	<b>1,2</b>	1,1	<b>0,7</b>
Inférieur au bac, aucun : réf. (n=6 944)	1	1	1	1

\* L'ajustement porte sur l'âge, le sexe, la vie de couple, la parentalité, la catégorie d'agglomération (quatre niveaux), le niveau de diplôme (trois niveaux) et l'équipement téléphonique (liste rouge, blanche, mobile).  
En gras figurent les OR dont l'intervalle de confiance à 95 % ne contient pas 1; celui en italiques est significativement inférieur à 1.

Outre les différences d'âge et de féminisation de ces catégories, il faut noter que les usagers se répartissent également assez différemment selon l'âge. L'usage au cours de l'année devient très rare au-delà de 44 ans pour toutes les catégories d'actifs occupés, mais les cadres occupent une position à part, puisqu'ils sont les seuls à compter encore des usagers au-delà de 55 ans (près de 3 % de la tranche 55-64 ans *vs* près de 0 % parmi les autres). Comme précédemment, il importe donc de se restreindre aux personnes de moins de 45 ans pour comparer les actifs occupés entre eux.

Parmi les actifs occupés âgés de 15 à 44 ans, les différences apparaissent ainsi relativement faibles : dans des modélisations logistiques, des écarts persistent pour l'expérimentation, avec notamment une surconsommation des cadres, des artisans et commerçants ainsi que des professions intermédiaires comparativement aux ouvriers et, à l'inverse, une sous-consommation des agriculteurs exploitants [tableau VIII]. Les employés apparaissent légèrement sous-consommateurs au cours de l'année, mais il n'existe aucune différence

significative pour l'usage au cours du mois. Les cadres s'avèrent néanmoins significativement moins souvent usagers réguliers que les ouvriers. Ce point conforte l'association déjà observée entre diplôme et usage, les cadres étant plus souvent mieux diplômés que les autres professions.

Enfin, le Baromètre santé 2005 autorise, par la grande taille de son échantillon ( $n=30\,514$ ), une exploration plus précise au sein de certaines catégories d'emplois, en l'occurrence celle des cadres et professions intellectuelles supérieures, qu'il permet de différencier en six sous-types. Parmi eux, les usages du cannabis semblent répartis de façon relativement homogène, à l'exception d'une surconsommation marquée parmi les professions des arts et du spectacle et dans une moindre mesure des ingénieurs techniques du secteur privé [figure 7]. Cette surconsommation se révèle surtout visible pour les usages les plus récents et les plus fréquents.

Une analyse logistique<sup>9</sup> permet de confirmer la surconsommation des professions des arts et du spectacle, notamment

9. L'ajustement porte sur l'âge et le sexe.

FIGURE 6

Usages du cannabis parmi les actifs occupés âgés de 15 à 64 ans

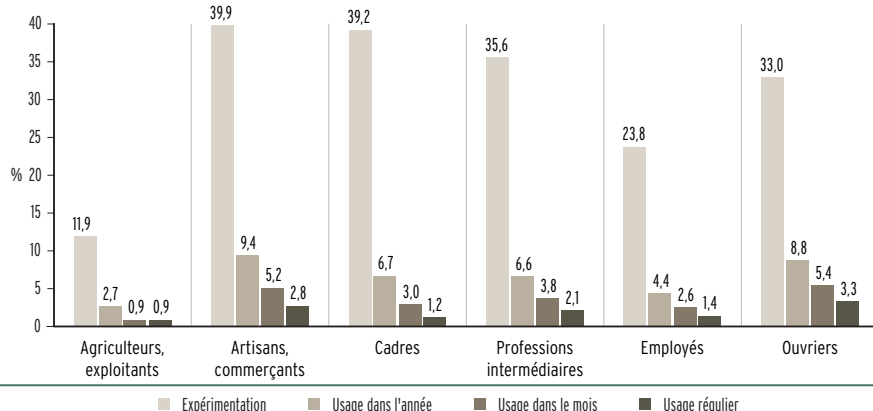




TABLEAU VIII

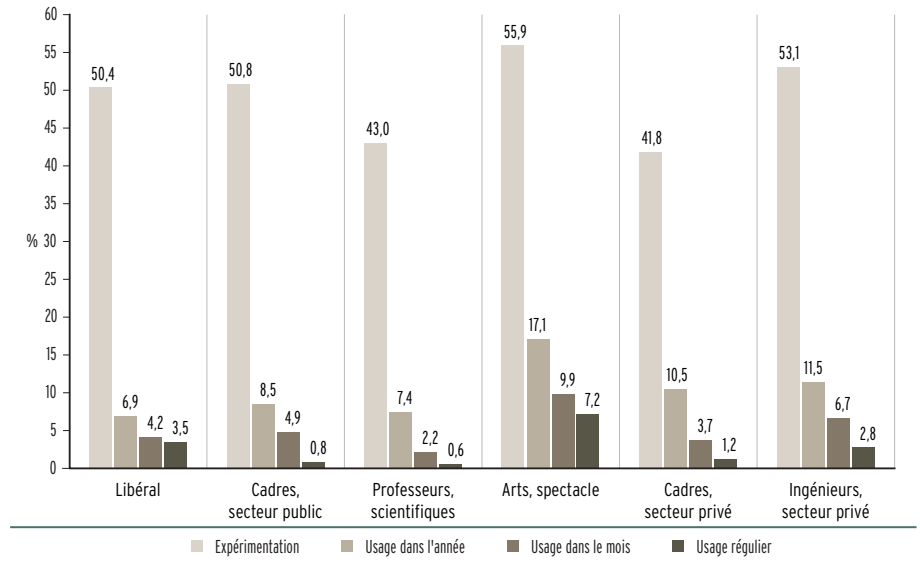
## OR ajustés pour les usages du cannabis parmi les actifs occupés âgés de 15 à 44 ans

	Usage au cours de la vie	Usage au cours de l'année	Usage au cours du mois	Usage régulier
Agriculteurs (n=158)	<b>0,4</b>	<b>0,4</b>	0,4	0,6
Artisans, commerçants (n=688)	<b>1,5</b>	1,3	1,1	0,9
Cadres (n=1627)	<b>1,6</b>	1,1	0,9	<b>0,6</b>
Professions intermédiaires (n=2 804)	<b>1,5</b>	1,1	1,0	0,8
Employés (n=2 865)	1,0	<b>0,8</b>	0,8	0,7
Ouvriers (référence, n=1857)	1	1	1	1

\* L'ajustement porte sur l'âge, le sexe, la vie de couple, la parentalité. L'équipement téléphonique et la catégorie d'agglomération ne sont pas introduits, car trop inégalement répartis entre les agriculteurs et le reste des actifs. En gras figurent les OR dont l'intervalle de confiance à 95 % ne contient pas 1; ceux en italiques sont significativement inférieurs à 1.

FIGURE 7

## Usages de cannabis parmi les cadres et autres professions intellectuelles supérieures âgés de 15 à 44 ans



en ce qui concerne l'usage régulier, comparativement aux autres professions prises ensemble (ORa=3,9), ce qui n'est pas le cas des ingénieurs du secteur privé.

Au final, même si dans le cadre d'une analyse sociodémographique se restreindre à la situation scolaire et professionnelle,

et en particulier à l'activité professionnelle des individus, peut paraître restrictif, il n'en demeure pas moins que l'expérimentation et les différentes formes d'usage du cannabis se révèlent hétérogènes selon les différents milieux socioprofessionnels ainsi caractérisés.

Les personnes sans emploi se révèlent, toutes choses égales par ailleurs, les plus consommatrices de cannabis. En revanche, parmi les personnes en activité professionnelle, les distinctions apparaissent nettement moins franches entre les six niveaux agrégés classiques (agriculteurs, artisans, cadres, etc.). Un examen de détail révèle toutefois qu'il existe des différences au sein d'une catégorie donnée suivant le type de métier : il semblerait que la PCS gomme certains particularismes observés à un niveau plus fin.

### Cartographie des usages du cannabis

Sur l'ensemble de la population âgée de 15 à 64 ans, l'expérimentation du cannabis apparaît nettement plus répandue en Ile-de-France et dans le sud, mais aussi en Bretagne, que dans le nord et le centre du pays. Toutefois, les différences de niveau d'emploi, de densité d'agglomération entre les régions peuvent expliquer une grande part de ces divergences. L'analyse logis-

tique confirme ce constat, en particulier pour le groupe des régions les plus consommatrices (bien que l'Ile-de-France n'en fasse plus partie). Le groupe des régions les moins expérimentatrices se voit cependant largement réduit puisque seules cinq régions en font encore partie. La diffusion du cannabis est donc bien inférieure dans toute une partie nord du pays, malgré une proximité avec les Pays-Bas, d'où provient une part importante de l'herbe de cannabis saisie en France [figure 8].

En ce qui concerne les usages au cours de l'année, les cartes apparaissent plus homogènes. Si l'on s'intéresse uniquement au pourcentage d'usagers, l'Ile-de-France, le Languedoc-Roussillon et la région Provence-Alpes-Côte d'Azur s'avèrent surconsommateurs comparativement au reste de la France. Tout un ensemble de régions de la moitié nord, regroupant les zones les plus septentrionales mais aussi le Poitou-Charentes, le Centre et la Bourgogne, s'avèrent au contraire nettement sous-consommatrices. Là encore, quelques-uns de ces

### REMARQUES MÉTHODOLOGIQUES

Les pourcentages figurant dans les cartes présentées ici sont standardisés sur le sexe et l'âge (en cinq tranches), afin de ramener la structure démographique de chaque région à la structure métropolitaine de l'échantillon global. Cela permet de corriger le principal facteur de confusion, à savoir l'âge, pour comparer les régions entre elles.

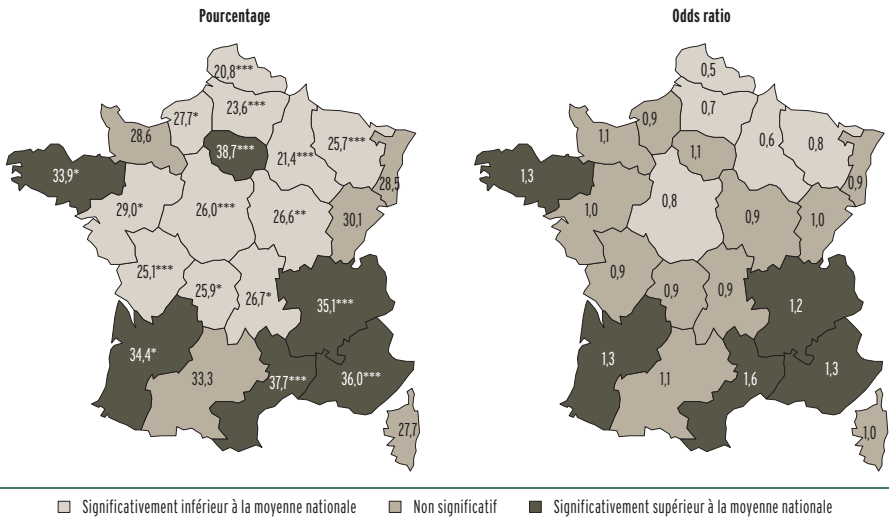
L'ajustement des odds ratios porte sur le sexe, l'âge, le statut scolaire et d'activité (actif occupé, chômeur ou inactif - i.e. étudiant, retraité, autres inactifs), la taille de l'agglomération de résidence (trois modalités), le niveau de diplôme (aucun, bac, supérieur), et l'équipement téléphonique (liste blanche/orange, liste rouge, mobile exclusif).

#### Note de lecture

Pour les cartes de pourcentages, dans une région donnée les étoiles indiquent le degré de significativité du test de comparaison du pourcentage mesuré dans celle-ci à celui mesuré dans le reste de la France. La convention est la suivante : \*, \*\*, \*\*\* indiquent respectivement une différence significative pour le test du khi-deux au seuil 0,05, 0,01 et 0,001, l'absence d'étoile indiquant que la différence n'est pas significative au seuil de 0,05. Il est donc possible, si les effectifs interrogés dans une région sont faibles, qu'une valeur apparemment éloignée de la moyenne nationale ne possède pas d'étoile. Pour la carte d'odds ratios, la couleur indique la significativité au seuil 0,05.

FIGURE 8

## Expérimentation du cannabis parmi les 15-64 ans, pourcentages bruts et OR ajusté



écarts s'expliquent par des divergences en termes socio-économiques et deviennent non significatifs dans les analyses multivariées. Ainsi, la Bretagne prend la place de l'Île-de-France au sein du trio de régions surconsommatrices, tandis que le Centre et le Poitou-Charentes quittent également le groupe des régions sous-consommatrices.

Par rapport à ce qui était observé en 2000, la cartographie se révèle très similaire, avec un certain nombre de régions qui se distinguaient déjà par une surconsommation : Provence-Alpes-Côte d'Azur, Île-de-France, Rhône-Alpes et Aquitaine [8]. Le Languedoc-Roussillon a rejoint ce groupe en 2005. D'autres régions présentaient déjà un niveau d'usage du cannabis significativement inférieur à celui de l'ensemble des régions : le Nord-Pas-de-Calais, la Picardie, la Lorraine, le Centre et la Bourgogne, ainsi que, dans une moindre mesure, le Limousin et l'Auvergne. Ces régions sous-consommatrices ont été rejointes en 2005 par la Champagne-Ardenne et le Poitou-Charentes.

Malgré les différences en termes de tranches d'âge et d'indicateurs, ces cartes offrent également un certain nombre de similitudes avec celles présentées parmi les adolescents interrogés dans l'enquête Escapad en 2002-2003 [9]. Ainsi, une fois contrôlés les principaux facteurs sociodémographiques, la Bretagne apparaît surconsommatrice, tout comme les régions du pourtour méditerranéen, tandis qu'une large portion du nord de la France est au contraire sous-consommatrice. L'existence d'un fort gradient nord-sud se trouve donc largement confirmée par ces différentes enquêtes.

### Calendrier de consommation et nombre de joints consommés

Moins de 3 % des personnes interrogées disent avoir fumé au moins une fois du cannabis au cours des sept derniers jours. La connaissance du dernier jour de consommation permet de décrire la répartition de celle-ci dans la semaine. Paradoxalement, le

pourcentage de fumeurs un jour donné varie assez peu avec le jour concerné : la proportion étant minimale les mardi, mercredi et dimanche avec 13 %, et maximale le vendredi avec 16 %. Ce phénomène de relative homogénéité des consommations selon le jour traduit le fait qu'il s'agit très majoritairement d'usagers réguliers de cannabis. Ces proportions varient également peu avec l'âge. En revanche, la nature des consommateurs varie fortement au cours de la semaine. Ainsi, alors que la proportion de fumeurs réguliers représente près de 80 % des consommateurs les lundi, mardi, mercredi et jeudi, cette proportion tombe à 69 % le vendredi, puis à 29 % le samedi, avant de remonter à 68 % le dimanche [figure 9]. Les contrastes sont encore plus forts pour la part des consommateurs quotidiens, qui atteint 55 % le lundi, près de 40 % tous les jours de semaine, 34 % le vendredi, mais chute à 4 % le samedi. Le samedi est donc de très loin le jour privilégié de l'ensemble des consommateurs de cannabis, puisqu'il rassemble toutes les catégories de fumeurs,

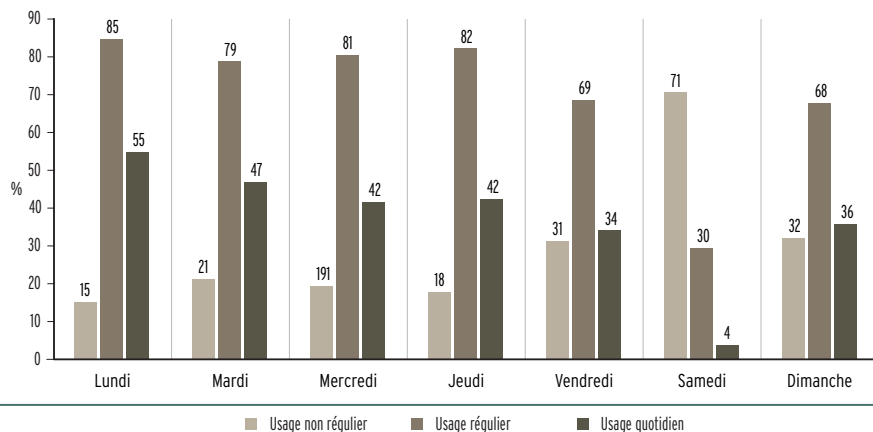
des plus occasionnels, qui sont de loin les plus nombreux, aux plus réguliers.

La différence d'un jour à l'autre apparaît également faible entre les proportions de consommateurs suivant leurs statuts scolaire et professionnel : la part des actifs occupant un emploi ayant fumé un jour de semaine varie entre 10 % et 14 % du lundi au jeudi, mais atteint 17 % le vendredi et le samedi ; parmi les étudiants, la proportion de fumeurs un jour donné varie très peu, de 13 % à 15 % entre la semaine et le week-end. Autrement dit, ce qui détermine la consommation un jour donné semble être davantage la fréquence de consommation que le statut scolaire ou professionnel.

L'intensité de la consommation peut être évaluée par le nombre de joints fumés lors du dernier jour de consommation. La répartition est la suivante : 12 % ont fumé moins d'un joint, 32 % un joint, 22 % deux joints, 13 % trois joints, 8 % quatre joints et 13 % cinq joints et plus. Ainsi, 44 % des fumeurs au cours des sept derniers jours ont fumé un joint ou moins, et les deux tiers deux joints ou moins.

FIGURE 9

## Répartition des consommateurs suivant leur fréquence de consommation un jour donné



Lecture : 85 % de ceux qui déclarent avoir fumé pour la dernière fois un lundi sont des usagers réguliers. La somme des pourcentages des usagers réguliers et des usagers non réguliers fait 100 % pour chaque journée, tandis que les quotidiens sont inclus dans les réguliers.

Le nombre de joints fumés la dernière fois varie fortement avec la fréquence d'usage : alors que 13 % seulement des usagers « *non réguliers* » (c'est-à-dire ayant déclaré avoir fumé au cours des sept jours précédant l'enquête, mais moins de dix fois au cours des trente derniers jours) disent avoir fumé au moins trois joints lors de leur dernier jour de consommation, cette proportion atteint 43 % parmi les fumeurs réguliers ( $p < 0,001$ ). Quel que soit le jour examiné, l'intensité de la consommation augmente avec la fréquence d'usage : par exemple, 42 % des fumeurs réguliers déclarent avoir fumé au moins trois joints le samedi précédant l'enquête, *versus* 12 % parmi les fumeurs actuels.

### L'accessibilité perçue et les modes d'acquisition du cannabis

Près de six personnes âgées de 15 à 64 ans sur dix (58,0 %) jugent que si elles en voulaient, il leur serait facile d'obtenir du cannabis en vingt-quatre heures, (30,4 % « *assez facile* » et 27,5 % « *très facile* »). Les hommes de 20-25 ans sont particulièrement nombreux à partager cette opinion (79,2 % *vs* 61,3 % dans le reste de la population ;  $p < 0,001$ ). Moins d'une personne sur dix (7,2 %) dit ne pas pouvoir se prononcer sur la question, cette proportion augmentant de façon nette avec l'âge des personnes interrogées, de 2,0 % parmi les 15-19 ans à 14,3 % parmi les plus de 55 ans ( $p < 0,001$ ). Il faut reconnaître que cette question trouve ses limites face aux individus qui n'ont aucune envie de se procurer du cannabis et n'acceptent pas vraiment la mise en situation qui leur est proposée. Le cannabis reste toutefois un produit jugé accessible même dans les tranches d'âge les plus élevées. La proportion de ceux estimant que cela leur serait « *très facile* » baisse toutefois nettement avec l'âge (40,6 % à 15-19 ans *vs* 17,4 % à 55-64 ans ;  $p < 0,001$ ).

Interrogés sur leur mode principal d'obtention du cannabis, près de six usagers actuels sur dix disent ordinairement se faire offrir le cannabis qu'ils consomment (58,7 %), tandis qu'un peu plus d'un tiers (36,2 %) déclare l'acheter. Précisons que la question n'exclut pas le passage d'un mode d'approvisionnement à un autre tout au long de l'année en fonction des circonstances et des opportunités. Il est en effet difficile à un particulier de subvenir à ses besoins personnels exclusivement grâce à ses propres plantations de cannabis, dès lors qu'il fume de façon régulière ou quotidienne. Parmi ces usagers au cours de l'année, l'autoculture apparaît peu souvent en tant que mode d'approvisionnement majoritaire (5,1 %), partagé à égalité par les hommes et les femmes (4,9 % *vs* 5,6 %). Les femmes sont plus nombreuses à déclarer se faire offrir ordinairement le cannabis qu'elles consomment (67,5 % *vs* 54,5 % ;  $p < 0,001$ ).

Toutefois, ces répartitions varient avec la fréquence d'usage : parmi les usagers réguliers, la proportion de bénéficiaires de dons n'atteint plus que 25 % sans distinction entre les sexes, tandis que 12,0 % des usagers réguliers déclarent recourir à l'autoculture comme mode d'approvisionnement ordinaire (15,8 % des femmes *vs* 11,0 % des hommes ;  $p < 0,001$ ), et presque les deux tiers ont recours à l'achat (59,1 % des femmes *vs* 64,1 % des hommes ;  $p < 0,01$ ). La proportion de consommateurs actuels se déclarant ordinairement acheteurs de cannabis croît entre 15-19 ans et 26-34 ans (34,2 % à 41,8 %), puis décroît au-delà (si 22,2 % des 45-54 ans se déclarent encore acheteurs, ce n'est le cas d'aucun des consommateurs plus âgés interrogés). Cela est probablement le signe d'une autonomisation financière et d'un engagement croissant dans la consommation, puis d'un désintérêt progressif pour le produit dont les usages deviennent plus épisodiques et davantage liés à des rencontres et des circonstances particulières.

## Les motifs de consommation ou d'arrêt de consommation du cannabis

Parmi les personnes âgées de 15 à 64 ans ayant déjà consommé du cannabis mais ne l'ayant pas fait au cours des douze derniers mois, une nette majorité donne le désintérêt comme raison principale de l'arrêt de leur consommation (78,8 %). Les autres raisons invoquées s'avèrent nettement moins fréquentes : les principales sont le fait de ne pas avoir aimé la première fois (4,2 %), l'absence d'opportunité (3,9 %), la peur pour la santé (3,9 %), un dégoût des drogues dans leur ensemble (2,6 %), le fait de ne plus ressentir de plaisir (2,3 %) ou de se trouver trop vieux (1,9 %), la peur de la dépendance (1,4 %), et enfin le décalage par rapport à son milieu social (0,9 %).

Les motivations des individus ayant consommé au cours de l'année apparaissent, quant à elles, plus contrastées. Les principales raisons sont la curiosité (21,9 %), la recherche de la détente (19,9 %), l'envie de goûter (13,9 %), d'essayer (11,0 %). Le pouvoir de socialisation attribué au cannabis permet de distinguer un deuxième groupe de raisons invoquées : l'envie de s'amuser (10,3 %), la complicité avec d'autres personnes (8,9 %), un certain conformisme (« pour faire comme tout le monde » : 8,4 %), la convivialité (7,5 %). Notons que 7,2 % disent avoir recherché le plaisir, 2,7 % l'ivresse, 2,2 % avoir fumé pour oublier leurs problèmes, 1,6 % pour être « défoncés » et 1,1 % pour trouver le sommeil.

L'usage du cannabis est donc surtout motivé par des considérations hédonistes, et son abandon l'est tout autant par la lassitude ou le manque d'intérêt. Très peu d'anciens consommateurs disent avoir abandonné à cause de problèmes rencontrés lors de leur usage. Ce point recouvre certains résultats concernant la mesure de l'usage problématique.

## L'usage problématique

Un ensemble de questions permet de décrire à la fois les modalités de consommation et les problèmes associés à celle-ci au cours des douze mois précédant l'enquête. Il s'agit du *Cannabis Abuse Screening Test* (Cast) dans sa version longue. Ce questionnaire conçu à l'OFDT est destiné à fournir une description des usages problématiques du cannabis dans les enquêtes en population générale. Il s'appuie sur les principaux critères de détermination de l'abus et de l'usage nocif tels que décrits dans la nosographie internationale (DSM 4 et CIM 10), mais aborde également des dimensions sociales de l'usage. Une validation clinique de ce test est actuellement en cours, qui devrait en évaluer les qualités psychométriques et les performances de repérage comparativement à un entretien psychiatrique standardisé : à terme, il pourrait fournir une estimation de la proportion d'usagers qui, compte tenu de leur niveau d'usage et des problèmes afférents qu'ils rencontrent, devraient envisager de réduire ou de cesser leur consommation, et éventuellement recourir pour cela à l'aide d'un spécialiste en addictologie<sup>10</sup>.

Les questions invitent le répondant à préciser la fréquence de certains événements au cours des douze derniers mois : « jamais », « une ou deux fois », « de temps en temps », « souvent ». Précisons que les questions font toutes explicitement mention du cannabis comme cause des événements ou des problèmes visés. De fait, elles imposent au répondant de reconnaître ou non cette causalité : il s'agit donc d'effets perçus. S'il est possible d'imputer à son usage du cannabis des mauvais résultats scolaires, ou au contraire de refuser de faire le lien entre les

10. Une version en six questions de ce test a été récemment retenue dans le modèle de questionnaire européen en milieu scolaire Espad au sein d'un module explorant les usages du cannabis.

deux, seuls sont comptabilisés ici les cas où le lien est reconnu par les répondants.

Dans l'ensemble, il ressort que les comportements investigués s'avèrent relativement rares au sein de l'ensemble des fumeurs de cannabis. Les plus fréquents sont les effets indésirables comme les malaises, *bad trips* et crises de paranoïa, qu'environ un tiers des consommateurs au cours de la période disent avoir éprouvés au moins une fois (32 %) – devant le manque d'énergie (28 %), les problèmes de mémoire (19 %) et les reproches de l'entourage (12 %). Les signes évocateurs d'une certaine dépendance, comme la difficulté à passer une journée sans consommer ou l'impossibilité d'arrêter ou de diminuer sa consommation, apparaissent relativement fréquents (respectivement 14 % et 19 %). En revanche, les problèmes de type professionnel ou relationnel plus graves s'avèrent rares (2 % pour les mauvais résultats ou problèmes à l'école ou au travail, 1 % pour les disputes et problèmes d'argent). Deux autres comportements ont été interrogés : le fait de consommer du cannabis le matin avant d'aller en cours ou au travail et le fait d'en fumer en solitaire. Ces pratiques, qui ne relèvent pas d'un usage problématique mais illustrent des contextes qui tendent à s'éloigner d'une certaine norme (celle d'un usage sociable en soirée, typique des adolescents), concernent respectivement 12 % et 17 % des usagers actuels.

Globalement, ces comportements ou problèmes déclarés ont tendance à être plus fréquents à mesure que l'on observe des usagers plus réguliers. C'est particulièrement vrai pour le fait d'avoir fumé du cannabis seul, assez rare sur l'ensemble des fumeurs au cours de l'année, mais déclaré par près de 84 % des fumeurs réguliers [figure 10]. La seule exception concerne les effets indésirables. Ce paradoxe s'explique vraisemblablement par la sélection des usagers : il est possible que les plus à l'aise avec le produit

continuent de le consommer, tandis que ceux qui éprouvent des effets désagréables abandonnent. Enfin, un comportement à risques apparaît particulièrement répandu : la conduite automobile après avoir fumé du cannabis, déclarée par près de la moitié des fumeurs au cours de l'année (45 %) et une majorité des usagers réguliers (56 %)<sup>11</sup>.

Notons toutefois que la répétition de ces comportements est rare : moins de 5 % des usagers au cours de l'année déclarent avoir connu ou vécu souvent les événements mentionnés, à l'exception de la conduite automobile après avoir fumé du cannabis (9,1 %) et du fait de fumer seul du cannabis (15,1 %), qui ne peuvent pas être considérés comme un problème lié à l'usage, mais une simple caractérisation du mode de consommation. Par exemple, seuls 3,2 % des usagers au cours de l'année disent avoir souvent fumé le matin avant de se rendre à leur lieu de cours ou de travail. Les proportions de consommateurs déclarant avoir « souvent » connu des mauvais résultats ou des problèmes à l'école ou au travail, ou des disputes ou des problèmes d'argent à cause de leur usage du cannabis, s'avèrent pour leur part particulièrement faibles (moins de 0,7 % des usagers au cours de l'année).

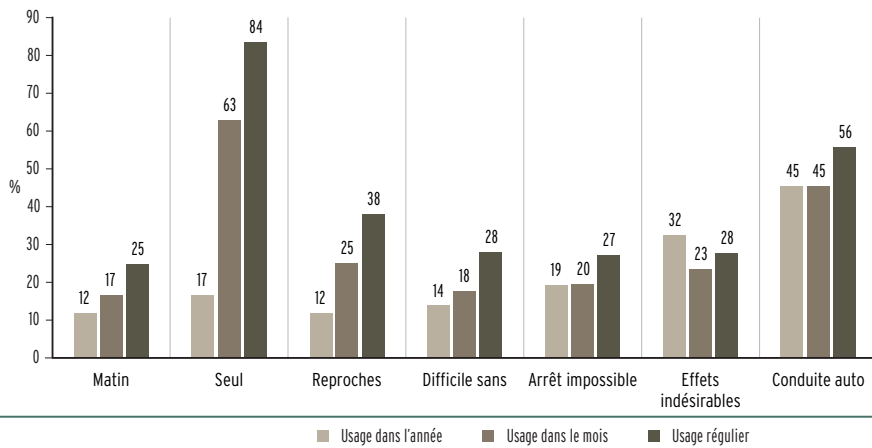
Ces comportements apparaissent nettement plus souvent masculins. Si l'on convient de faire la somme des réponses positives aux onze items du questionnaire (en se restreignant aux événements répétés au moins de temps en temps pour l'usage seul le matin avant de partir au travail ou à l'école), les hommes obtiennent en moyenne un score de 2,0 *versus* 1,5 pour les femmes ( $p < 0,001$ ). On peut illustrer la distribution des scores [figure 11].

Le score optimal discriminant les individus présentant un problème avec le cannabis (de

11. Pour une analyse épidémiologique des risques liés à la conduite après usage de cannabis, il convient de se reporter aux résultats de l'étude Stupéfiants et accidents mortels (SAM), menée de 1998 à 2001 [10].

FIGURE 10

## Comportements d'usage et problèmes associés parmi les consommateurs de cannabis au cours de l'année

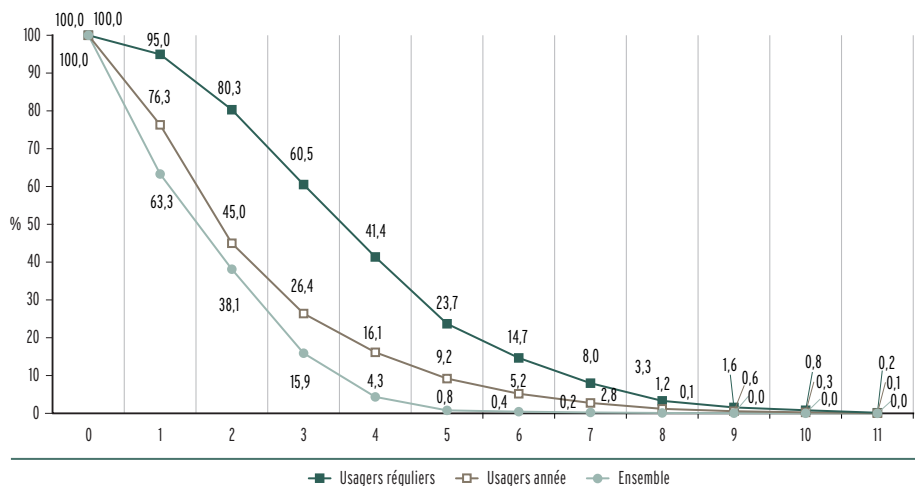


type abus du cannabis au sens du DSM IV) n'est pas encore déterminé. Toutefois, afin de simplifier l'analyse et ne pas recourir à des notions statistiques complexes, on peut

illustrer la nature de la relation entre le score obtenu et d'autres caractéristiques d'usage en raisonnant arbitrairement sur le score 4. Près de 16 % des usagers au cours de l'année

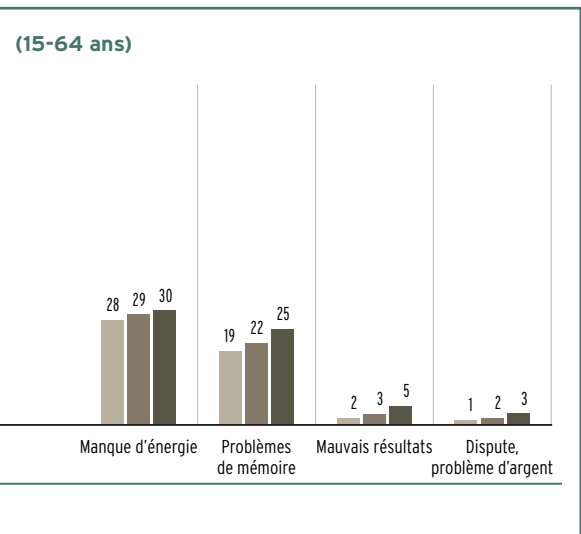
FIGURE 11

## Distribution de la population suivant le score au Cast parmi les 15-64 ans, suivant la fréquence d'usage du cannabis



Lecture : 76 % des consommateurs de cannabis au cours de l'année obtiennent un score supérieur ou égal à 1, ce qui représente 63 % de l'ensemble des 15-64 ans.





à 4,1 parmi les fumeurs quotidiens. Sans surprise, l'élévation du score au Cast va de pair avec une augmentation de la fréquence d'usage, ainsi que des quantités fumées la dernière fois. Ainsi, parmi les usagers totalisant un score d'au moins 4, 25,0 % ont fumé un joint ou moins lors de leur dernière consommation, 40,0 % ont fumé deux ou trois joints et 21,3 % ont fumé cinq joints ou plus, alors que les chiffres correspondants sont 53,4 %, 30,7 % et 8,8 % parmi ceux qui totalisent un score inférieur.

### LA COCAÏNE : QUI CONSOMME EN FRANCE ?

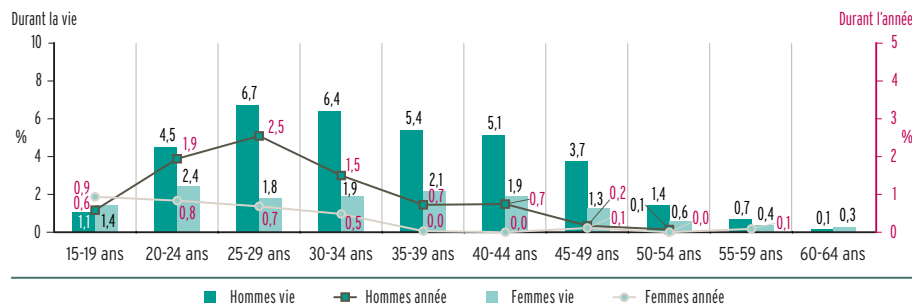
Parmi les personnes âgées de 15 à 64 ans, moins de 3 % déclarent avoir déjà consommé de la cocaïne. Le niveau de l'expérimentation culmine entre 25 et 34 ans (4,1 % vs 2,2 % ;  $p < 0,001$ ), pour régresser ensuite progressivement avec l'âge [figure 12]. L'usage au cours de l'année, dont la lecture se fait sur l'axe de droite du graphique, se révèle pour sa part maximal entre 20 et 29 ans et devient quasiment nul à partir de 45 ans.

obtiennent un score supérieur ou égal à 4 (ce qui représente 4 % de la tranche d'âge, comme le montre la figure 11). La fréquence d'usage est fortement liée au score obtenu au Cast : 16 % des usagers au cours de l'année obtiennent un score d'au moins 4, ce qui est le cas de 41 % des usagers réguliers et de 58 % des quotidiens. Le score moyen vaut 1,8 sur l'ensemble des usagers au cours de l'année, 2,5 parmi les usagers au cours du mois, 3,3 parmi les réguliers et il culmine

Quelles que soient les fréquences d'usage, les hommes restent toujours plus consommateurs que les femmes : 3,8 % vs 1,5 % ( $p < 0,001$ ) pour l'expérimentation et 0,9 %

FIGURE 12

#### Usages de la cocaïne selon le sexe et l'âge, parmi les 15-64 ans



Lecture : le diagramme des usages au cours de la vie se lit en regard de l'échelle de gauche et les courbes des usages au cours de l'année en regard de celle de droite.

vs 0,3 % ( $p < 0,001$ ) pour l'usage au cours de l'année). En revanche, il n'y a pas de différence significative entre l'âge moyen d'initiation des hommes et celui des femmes (22,6 ans).

L'expérimentation comme l'usage de cocaïne au cours de l'année varient fortement suivant le milieu socioéconomique. Ils s'avèrent nettement plus répandus parmi les chômeurs, et nettement moins parmi les inactifs [figure 13].

En revanche, les variations par PCS parmi les actifs occupés apparaissent relativement faibles ; seuls les agriculteurs exploitants se distinguent par une sous-consommation marquée (niveau d'expérimentation inférieur à 1 %) et la catégorie artisans, commerçants, chefs d'entreprise par un niveau d'expérimentation similaire à celui des autres PCS mais un niveau d'usage actuel plus faible (de l'ordre de 1 %).

La plupart de ces différences se maintiennent lorsque les principaux facteurs de confusion sont contrôlés par des régressions logistiques<sup>12</sup>. Ainsi, lorsque sur la tranche d'âge 15-44 ans on compare les chômeurs aux actifs occupés, les premiers apparaissent nettement surconsommateurs (OR=2,3 pour l'expérimentation, OR=2,5 pour l'usage au cours de l'année). En revanche, parmi les 15-34 ans, les élèves ou étudiants ne se distinguent pas des actifs occupés. Enfin, parmi les 35-44 ans, les chômeurs et les

inactifs s'avèrent encore très fortement surconsommateurs comparativement aux actifs occupés : l'OR ajusté atteint 3,3 pour les chômeurs et 7,7 pour les autres inactifs. On retrouve là un résultat observé pour le cannabis : l'activité professionnelle semble éloigner des usages de cocaïne.

L'expérimentation comme l'usage au cours de l'année de cocaïne sont liés au niveau d'instruction scolaire, toutes choses égales par ailleurs. Dans une régression logistique contrôlant le sexe et l'âge, sur la tranche d'âge 15-44 ans, on peut par exemple vérifier que plus le niveau d'études est élevé, plus l'usage au cours de la vie ou de l'année est fréquent. Ainsi, pour l'expérimentation, l'OR ajusté global associé au fait d'avoir un diplôme supérieur au bac plutôt qu'un diplôme inférieur (ou aucun diplôme) est de 1,3 ; le résultat pour l'année présente la même tendance, mais n'est pas significatif (ORa=1,3)<sup>13</sup>.

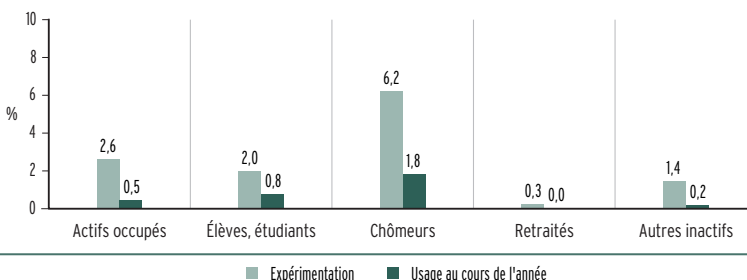
Une fois contrôlés les facteurs de confusion, il ne persiste pas de différence entre les catégories d'actifs occupés décrites précédemment : l'expérimentation comme l'usage

12. L'ajustement porte sur l'âge, le sexe, la vie de couple, la parentalité, la catégorie d'agglomération (4 niveaux), le niveau de diplôme (3 niveaux) et l'équipement téléphonique (liste rouge, liste blanche, mobile).

13. Si l'on contrôle en plus les autres caractéristiques sociodémographiques, l'OR ajusté pour l'expérimentation n'est plus significatif.

FIGURE 13

Usages de la cocaïne suivant le statut scolaire ou professionnel, parmi les 15-64 ans



de cocaïne au cours de l'année semblent répartis de façon plutôt homogène dans la population active occupée. Néanmoins, des différences demeurent au sein des agrégats de professions et catégories sociales, si l'on distingue plus finement les professions. Ainsi, parmi les professions rentrant dans la catégorie des cadres, ceux exerçant dans le domaine de l'art et du spectacle apparaissent nettement surconsommateurs (ORa=3,9 pour l'expérimentation et l'usage au cours de l'année)<sup>14</sup>.

Au final, l'expérimentation et l'usage actuel de cocaïne se révèlent hétérogènes selon les différents milieux sociaux et économiques ainsi caractérisés ; les personnes en situation de chômage s'avèrent les plus consommatrices. En revanche, parmi les personnes en activité professionnelle, les distinctions apparaissent nettement moins marquées entre les grands agrégats de PCS. Toutefois, une analyse plus fine distinguant les métiers regroupés sous la catégorie « *cadres et professions intellectuelles supérieures* » montre que les

professions des arts et du spectacle se distinguent par une surconsommation de cocaïne, comme c'était déjà le cas pour le cannabis.

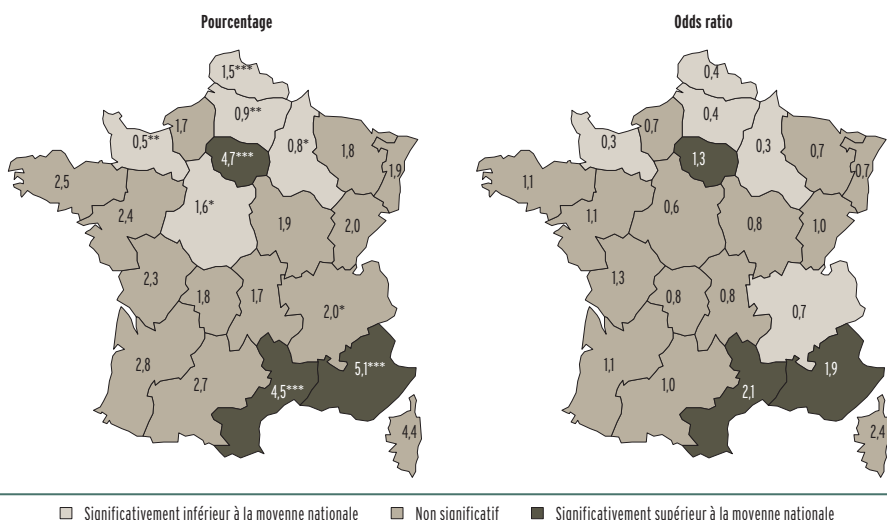
### Carte des usages de cocaïne

La répartition régionale de la diffusion de la cocaïne présente quelques similitudes avec celle du cannabis. Ainsi, trois régions apparaissent surconsommatrices – l'Ile-de-France, le Languedoc-Roussillon et Provence-Alpes-Côte d'Azur –, tandis qu'un ensemble de régions du nord-est, au contraire, est sous-consommateur. L'analyse multivariée confirme la diffusion supérieure du pourtour méditerranéen, et substitue la région Rhône-Alpes au Centre dans le groupe des régions sous-consommatrices [figure 14].

14. L'ajustement porte sur l'âge, le sexe, la vie de couple, la parentalité, la catégorie d'agglomération (4 niveaux), l'équipement téléphonique (liste rouge, liste blanche, mobile). Si l'on introduit le niveau de diplôme, la relation n'est plus significative de justesse pour l'usage au cours de l'année.

FIGURE 14

#### Expérimentation de la cocaïne parmi les 15-64 ans, pourcentages bruts et OR ajusté



La carte de la consommation au cours de l'année est très homogène : en pourcentages standardisés, seules l'Ile-de-France et la Provence-Alpes-Côte d'Azur se détachent du reste de la France par une surconsommation marquée ; en analyse multivariée, seule la région Provence-Alpes-Côte d'Azur apparaît surconsommatrice, mais le Nord-Pas-de-Calais paraît alors sous-consommateur.

Au final, la cocaïne apparaît comme un produit consommé par une petite minorité de la population, mais qui s'avère diffusé sur l'ensemble du territoire de façon assez homogène, même si le pourtour méditerranéen se dégage. Les régions frontalières des pays où existe une consommation nettement plus importante, comme l'Espagne, n'affichent pas des niveaux d'usage supérieurs à ceux des autres régions.

## L'ECSTASY : QUI CONSOMME EN FRANCE ?

Parmi les personnes âgées de 15 à 64 ans, 2,0 % déclarent avoir déjà consommé de l'ecstasy. Le niveau d'usage culmine entre 25 et 29 ans, pour régresser ensuite progressivement et devenir quasiment nul à partir de 45 ans [figure 15]. Quelles que soient les fréquences de consommation, les hommes restent toujours plus consommateurs que les femmes, en particulier aux âges où la consommation est la plus fréquente, entre 20 et 34 ans. En revanche, il n'y a pas de différence significative entre l'âge moyen d'initiation des hommes et celui des femmes (21,7 ans).

À l'instar de la cocaïne, les niveaux d'expérimentation comme d'usage actuel d'ecstasy varient fortement suivant le milieu social et économique. Ils s'avèrent nettement plus répandus parmi les chômeurs [figure 16]. Le résultat pour le chômage reste vrai dans des régressions logistiques comparant chômage et activité profession-

nelle sur la tranche d'âge 15-44 ans (ORa=2,1 pour l'expérimentation et 1,8 pour l'usage au cours de l'année)<sup>15</sup>. Pour la tranche d'âge 15-34 ans, les élèves et étudiants apparaissent nettement moins souvent consommateurs que les actifs occupés (ORa=0,7 pour l'expérimentation et 0,5 pour l'usage au cours de l'année). Ces résultats sont très proches de ceux retrouvés pour le cannabis ou la cocaïne.

Contrairement aux usages du cannabis et de la cocaïne toutefois, il ne semble pas exister d'association entre le niveau de diplôme et la consommation d'ecstasy.

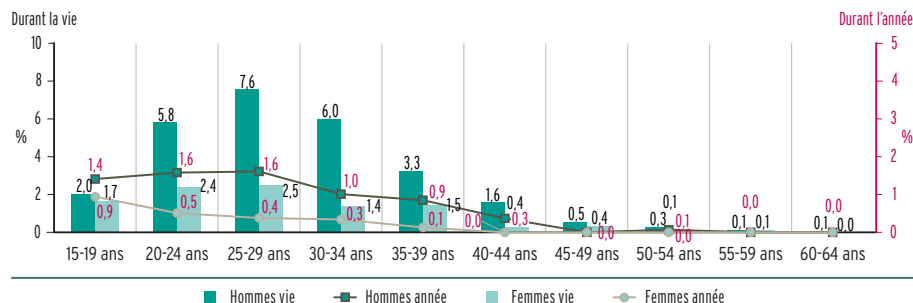
En revanche, les variations par PCS parmi les actifs occupés apparaissent relativement faibles, seuls les agriculteurs exploitants se distinguent par une sous-consommation marquée. Les écarts ne sont d'ailleurs pas plus significatifs dans les régressions logistiques : l'usage de l'ecstasy est rare et semble concerner faiblement toutes les PCS de façon uniforme. Sans doute faut-il y voir le signe d'une relative incompatibilité de son usage et de l'activité professionnelle, qui sélectionne les rares usagers exerçant un emploi suivant des critères difficilement repérables dans une enquête comme le Baromètre santé.

Enfin, si l'on s'intéresse au détail des professions entrant dans la catégorie des cadres, il persiste d'importantes différences, les salariés du domaine de l'art et du spectacle apparaissant encore surconsommateurs (5 % d'expérimentateurs), même si l'écart s'avère moins net que pour la cocaïne. Cette tendance à la « surexpérimentation » persiste si l'on contrôle l'âge et le sexe. Précisons ici que la faiblesse des effectifs d'usagers interdit de contrôler d'autres caractéristiques sociodémographiques.

15. L'ajustement porte sur l'âge, le sexe, la vie de couple, la parentalité, la catégorie d'agglomération (quatre niveaux), le niveau de diplôme (trois modalités) et l'équipement téléphonique (liste rouge, blanche, mobile).

FIGURE 15

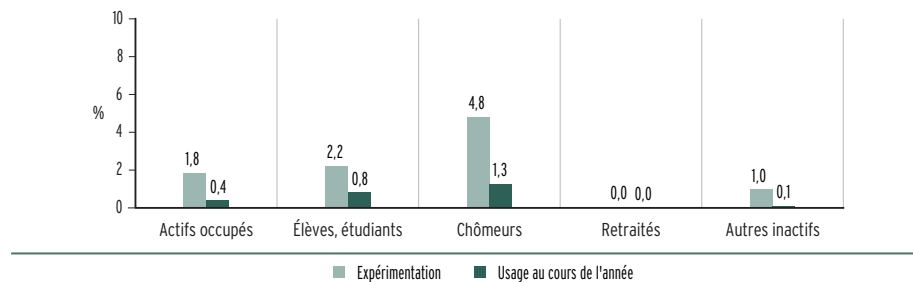
Usages de l'ecstasy, selon l'âge, parmi les 15-64 ans



Lecture : le diagramme des usages au cours de la vie se lit en regard de l'échelle de gauche et les courbes des usages au cours de l'année en regard de celle de droite.

FIGURE 16

Usages de l'ecstasy, suivant le statut scolaire ou professionnel, parmi les 15-64 ans



En définitive, l'usage de l'ecstasy, comme celui du cannabis et de la cocaïne, se révèle relativement hétérogène selon le statut scolaire et professionnel, les chômeurs se révélant les plus consommateurs. En revanche, parmi les personnes en activité professionnelle, les distinctions apparaissent peu marquées dès lors que l'on raisonne sur des populations dont les caractéristiques sont comparables notamment en termes d'âge, de sexe, de diplôme et d'habitat, si ce n'est pour certaines professions telles que les métiers des arts et du spectacle, tout comme pour le cannabis et la cocaïne.

Carte sur les usages d'ecstasy

La répartition régionale de la diffusion de l'ecstasy présente des similitudes avec celle de la cocaïne, mais les différences significatives entre les régions sont moins nombreuses en raison de la faiblesse marquée du niveau de consommation de cette substance dans la population. Sur l'ensemble des 15-64 ans, les trois régions où l'expérimentation est supérieure au reste de la France sont les mêmes que pour l'expérimentation de cocaïne : l'Île-de-France au nord, le Languedoc-Roussillon et la

Provence-Alpes-Côte d'Azur au sud. Les régions les moins expérimentatrices sont encore situées au nord du pays, mais sont moins nombreuses et forment un ensemble décousu : il s'agit du Nord-Pas-de-Calais, du Centre et de la Basse-Normandie [figure 17].

Le contrôle des facteurs de confusion, et notamment du degré d'urbanisation, rapproche la Bretagne du pourtour méditerranéen, tandis que Rhône-Alpes rejoint les régions les moins consommatrices.

Pour la consommation au cours de l'année, les cartes sont presque uniformes : l'Île-de-France et la Provence-Alpes-Côte d'Azur se distinguent encore par des taux standardisés de consommation supérieurs, mais aucune autre région ne s'écarte significativement du reste de la France. En analyse multivariée, la seule région à se distinguer est alors la Bretagne, qui est significativement surconsommatrice. Cela tranche avec la position médiane de la Bretagne pour la consommation de cocaïne.

## ÉVOLUTION DES USAGES DU CANNABIS

Globalement, entre 2000 et 2005, l'expérimentation du cannabis a connu une hausse assez nette parmi les 15-64 ans comme parmi les 15-34 ans [tableaux IX et X]. Les usages actuels du cannabis ne suivent pas la même tendance : l'usage actuel reste stable de 8,8 % en 2000 à 8,6 % en 2005. Le niveau d'usage récent se stabilise également (4,5 % en 2000 et 4,8 % en 2005). En revanche, la consommation régulière connaît une augmentation significative entre 2000 et 2005, passant de 1,7 % à 2,8 % parmi les 15-64 ans ( $p < 0,001$ ), de 2,6 % à 4,3 % ( $p < 0,001$ ) pour les hommes et de 0,8 % à 1,3 % ( $p < 0,05$ ) pour les femmes.

### Les évolutions par âge

L'analyse des évolutions par âge des niveaux d'expérimentation fait apparaître une augmentation de la diffusion de ce

FIGURE 17

#### Expérimentation de l'ecstasy chez les 15-64 ans, pourcentages bruts et OR ajusté

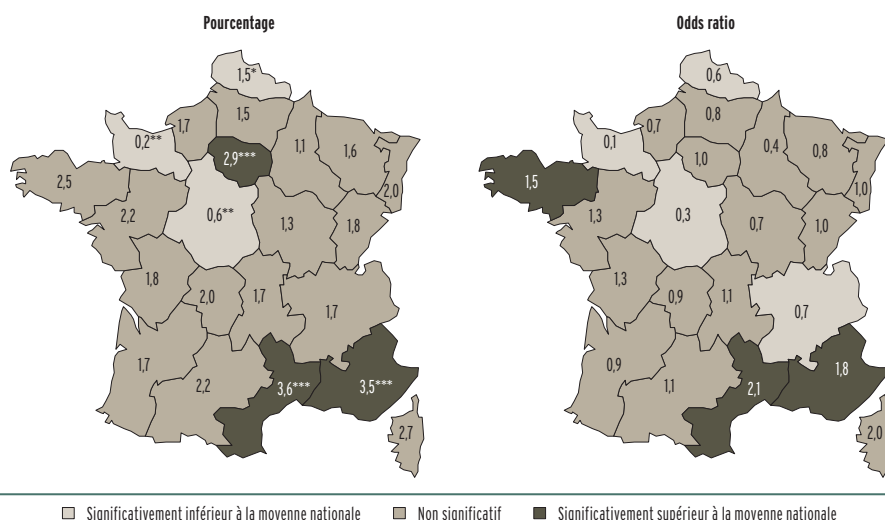


TABLEAU IX

**Évolution des différents profils de consommation du cannabis parmi les 15-64 ans entre 2000 et 2005 (en pourcentage)**

	2000	2005	2005 vs 2000
Abstinentes	75,1	69,4	↘
Expérimentateurs	24,9	30,6	↗
Actuels	8,8	8,6	→
Récents	4,6	4,8	→
Réguliers	1,7	2,8	↗

↗ : indique une augmentation significative entre 2000 et 2005 ( $p < 0,05$ ).

↘ : indique une baisse significative entre 2000 et 2005 ( $p < 0,05$ ).

→ : indique une évolution non significative entre 2000 et 2005 ( $p > 0,05$ ).

TABLEAU X

**Évolution des différents profils de consommation de cannabis parmi les 15-34 ans entre 2000 et 2005 (en pourcentage)**

	2000	2005	2005 vs 2000
Abstinentes	61,1	56,4	↘
Expérimentateurs	38,9	43,6	↗
Actuels	17,6	16,7	→
Récents	9,3	9,8	→
Réguliers	3,8	5,9	↗

↗ : indique une augmentation significative entre 2000 et 2005 ( $p < 0,05$ ).

↘ : indique une baisse significative entre 2000 et 2005 ( $p < 0,05$ ).

→ : indique une évolution non significative entre 2000 et 2005 ( $p > 0,05$ ).

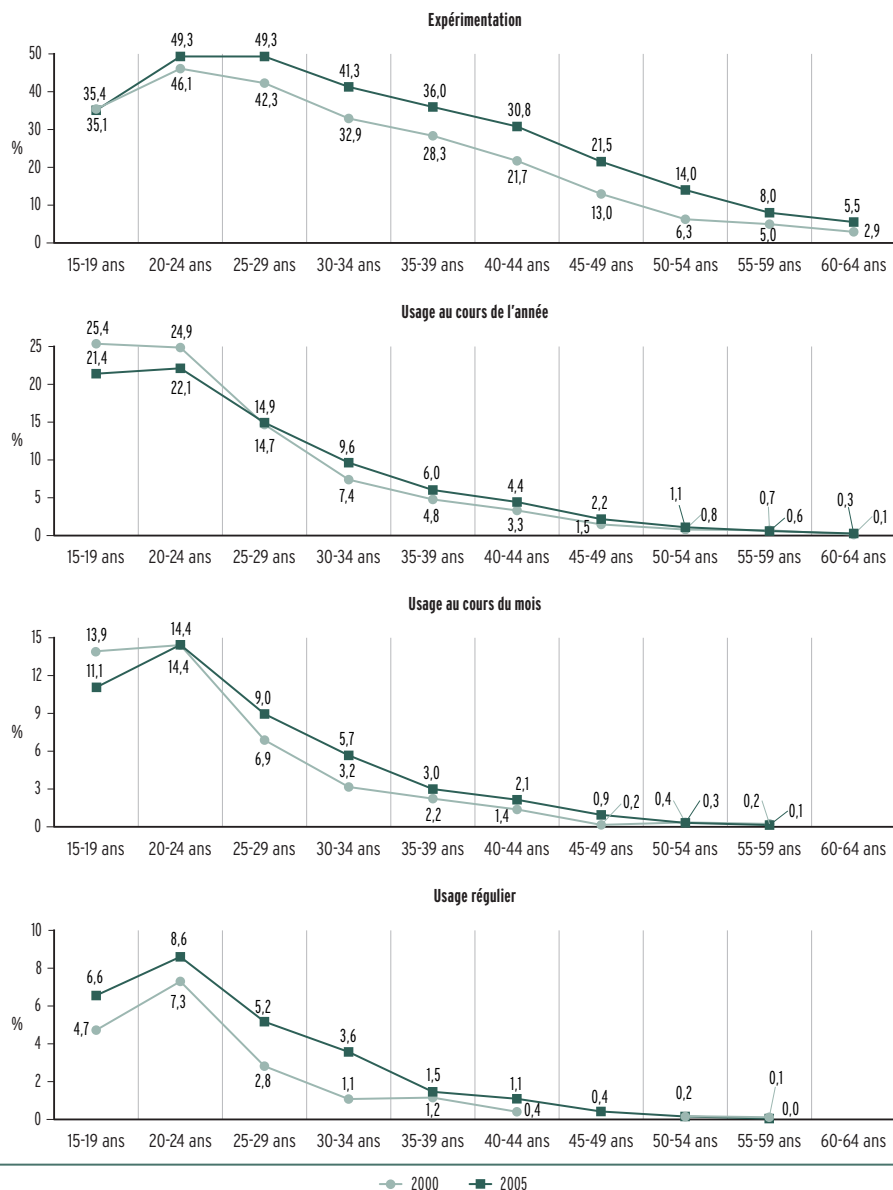
produit à tous les âges, excepté parmi les plus jeunes. L'observation du graphique concernant l'évolution de l'expérimentation montre une augmentation de la diffusion parmi les jeunes générations (jusqu'à 20-24 ans en 2000), une stabilité pour les 25-29 ans en 2000, puis une augmentation pour les 30-39 ans, enfin une stabilisation pour les générations antérieures (donc plus âgées). Le cannabis se diffuse donc surtout parmi les jeunes générations, celles-ci ayant « recruté » de nouveaux expérimentateurs entre les deux enquêtes [figure 18].

Pour l'usage au cours de l'année, les courbes se révèlent nettement plus resserrées, montrant une plus faible variation entre les deux enquêtes, excepté parmi les adolescents et jeunes adultes dont les consommations

au cours de l'année apparaissent moins fréquentes (respectivement 22,1 % vs 24,9 % et 21,4 % vs 25,4 %). Néanmoins, il y a une baisse sensible de l'usage parmi les jeunes générations alors qu'au contraire, cet usage semble s'être très légèrement développé parmi les adultes âgés de 30 à 44 ans. Ces baisses observées parmi les jeunes entre 2000 et 2005 trouvent un écho dans les évolutions observées à l'adolescence dans l'enquête Escapad : les usages à 17 ans ont d'abord augmenté entre 2000 et 2003, puis ont décliné pour retrouver le niveau de 2000 en 2005 [11]. Ces deux enquêtes confirment donc un changement de tendance dans la diffusion et l'usage du cannabis en France. En ce qui concerne l'usage au cours du mois et l'usage régulier, le constat est du

FIGURE 18

## Évolution de la consommation de cannabis entre 2000 et 2005 par tranche d'âge



même ordre; toutefois, pour ce dernier, les hausses sont sensibles dès 15 ans et perdurent jusqu'à 40 ans.

Une autre conséquence de ces changements est la variation de l'âge moyen des consommateurs de cannabis. Celui-ci a



## EFFET ÂGE ET EFFET GÉNÉRATION

Le choix de la représentation graphique adoptée permet de démêler grossièrement ce qui ressort de l'effet génération et ce qui ressort de l'effet âge dans la comparaison des deux enquêtes **[figure 18]**. En effet, les expérimentateurs de cannabis âgés de 20-24 ans en 2000 restent des expérimentateurs en 2005, quel qu'il ait été leur parcours de consommation dans l'intervalle. Seul leur âge a augmenté : ils ont maintenant entre 25 et 29 ans. Or cet intervalle de cinq ans est justement l'unité utilisée pour l'axe des abscisses : ainsi, si l'ensemble de la génération de 20-24 ans en 2000 n'avait pas « recruté » de nouveaux expérimentateurs entre 2000 et 2005, la proportion d'usagers au cours de la vie de 2000 devrait être strictement égale à celle mesurée en 2005 pour les 25-29 ans (aux erreurs de mesures et d'échantillonnage près). Dans ce cas, on

dit qu'il n'y a pas d'effet âge (et c'est bien ce qui est observé ici). Le graphique fournit donc deux informations : en lecture horizontale, la mesure d'un effet âge, en comparant la même génération sur deux points successifs en abscisse sur les deux courbes, ce qui matérialise le vieillissement de la tranche d'âge interrogée en 2000 ; en lecture verticale, la mesure d'un effet génération, lorsque l'on compare les mesures prises en 2000 et 2005 pour une même classe d'âge.

Cette approche ne peut toutefois pas être appliquée aux usages plus fréquents, comme l'usage au cours de l'année et l'usage au cours du mois, du moins pour l'évaluation de l'effet âge, puisque ces mesures ne sont pas des mesures de stock (la première peut varier d'année en année, la seconde de mois en mois au cours de la vie d'un même individu).

augmenté entre 2000 et 2005, quel que soit le niveau d'usage observé. Ainsi, l'âge moyen des expérimentateurs est passé de 30,7 ans en 2000 à 32,6 en 2005 ; ce vieillissement des expérimentateurs est mécanique puisqu'il suit celui de la population générale, l'expérimentation étant une mesure de stock valable toute la vie. Mais il en va de même des usagers au cours de l'année (25,1 vs 26,6 ans) ou du mois (24,0 vs 25,9 ans). Ces indicateurs montrent que le maintien dans un usage du cannabis après l'entrée dans l'âge adulte semble être devenu un comportement plus courant qu'il y a cinq ans.

### Les évolutions vues par le prisme des PCS

La diffusion du cannabis mais aussi ses usages au cours du mois et son usage régulier ont progressé sur la majeure partie des tranches d'âge, en particulier parmi les adultes. En revanche, la comparaison entre les Baromètres santé 2000 et 2005 permet de montrer que ces augmentations touchent

inégalement les actifs occupés **[tableau XI]**. En effet, si l'expérimentation a augmenté parmi toutes les catégories de travailleurs à l'exception des agriculteurs exploitants (et ce vraisemblablement pour une question de faiblesse des effectifs), l'usage au cours de l'année a diminué parmi les employés, mais augmenté parmi les ouvriers, alors qu'il n'a pas significativement varié entre les deux enquêtes. L'usage au cours du mois et l'usage régulier ont très nettement augmenté parmi les artisans, commerçants et chefs d'entreprise, ainsi que parmi les ouvriers, alors qu'ils se sont avérés stables pour les autres PCS. Ces deux catégories jouent donc un rôle important dans l'augmentation de la diffusion du cannabis entre 2000 et 2005.

### LES ÉVOLUTIONS POUR LA COCAÏNE ET L'ECSTASY

#### Les évolutions par tranche d'âge

L'expérimentation de la cocaïne a assez nettement augmenté entre les deux derniers

TABLEAU XI

## Évolution des usages de cannabis suivant la PCS parmi les actifs occupés

	Usage au cours de la vie			Usage au cours de l'année			Usage au cours du mois			Usage régulier		
	2000	2005		2000	2005		2000	2005		2000	2005	
Agriculteurs exploitants	7,7	11,9	→	1,2	2,7	→	0,6	0,9	→	0,0	0,9	→
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	30,4	39,9	↗	8,0	9,4	→	2,4	5,2	↗	0,8	2,8	↗
Cadres	34,0	39,2	↗	5,4	6,7	→	2,6	3,0	→	0,9	1,2	→
Professions intermédiaires	27,8	35,6	↗	7,0	6,6	→	3,1	3,8	→	1,4	2,1	↗
Employés	20,6	23,8	↗	6,2	4,4	↘	3,4	2,6	→	1,5	1,4	→
Ouvriers	24,2	33,0	↗	6,6	8,8	↗	3,1	5,4	↗	1,6	3,3	↗
Ensemble	25,5	32,2	↗	6,3	6,5	→	3,0	3,6	↗	1,3	2,0	↗

↗ : indique une augmentation significative entre 2000 et 2005 ( $p < 0,05$ ).

↘ : indique une baisse significative entre 2000 et 2005 ( $p < 0,05$ ).

→ : indique une évolution non significative entre 2000 et 2005 ( $p > 0,05$ ).

Baromètres santé, surtout parmi les moins de 35 ans. L'augmentation s'avère significative pour toutes les tranches de 15 à 49 ans, qui ont toutes recruté de nouveaux expérimentateurs entre 2000 et 2005 : au-delà, les hausses apparentes des pourcentages d'expérimentateurs ne sont dues qu'au vieillissement des individus concernés. L'usage au cours de l'année a aussi augmenté significativement entre 2000 et 2005, en particulier chez les 25-34 ans. Les hausses observées à 15-19 ans et 40-44 ans s'avèrent également significatives, ces résultats illustrant une diffusion assez générale du produit ces dernières années. L'âge moyen des expérimentateurs n'a pas varié entre 2000 et 2005 (34,1 vs 34,2 ans) ; en revanche, celui des usagers au cours de l'année a faiblement progressé : 26,8 ans vs 27,8 ans, la différence n'étant toutefois pas significative en raison de la faiblesse du nombre de consommateurs concernés en 2000.

L'augmentation de l'ecstasy s'avère également significative pour toutes les tranches de 15 à 44 ans : au-delà, les hausses apparentes des pourcentages d'expérimentateurs ne sont dues qu'au vieillissement des individus concernés. L'usage au cours de l'année a égale-

ment augmenté : il est passé de 0,2 % à 0,5 % chez les 15-64 ans. Globalement, l'âge moyen des expérimentateurs s'est beaucoup élevé entre 2000 et 2005 (26,1 vs 29,1 ans), à l'instar de celui des usagers au cours de l'année : 22,8 ans vs 26,1 ans. La population des usagers de l'ecstasy apparaît donc vieillissante.

### Les évolutions parmi les chômeurs

L'usage de la cocaïne au cours de la vie a quelque peu progressé parmi les chômeurs. En 2000, la proportion d'expérimentateurs atteignait ainsi 4,5 % parmi eux *versus* 5,9 % en 2005 ( $p < 0,001$ ). En revanche, l'usage au cours de l'année est resté stable, bien qu'orienté à la hausse (1,3 % à 1,7 %). Les résultats sont similaires pour l'ecstasy : l'expérimentation est passée de 2,1 % à 4,2 % entre 2000 et 2005 ( $p < 0,001$ ) mais l'usage au cours de l'année est resté stable, bien qu'orienté à la hausse (0,9 % à 1,1 %).

### Les évolutions vues par le prisme des PCS

Les usages de la cocaïne et de l'ecstasy se sont diffusés dans toutes les professions et

catégories sociales entre 2000 et 2005. En effet, si l'expérimentation n'a pas crû parmi les cadres (qui constituaient la catégorie la plus concernée), les employés et les ouvriers, l'augmentation est sensible parmi toutes les autres PCS. L'usage au cours de l'année a augmenté parmi toutes les PCS à l'exception des agriculteurs exploitants pour qui il a diminué. Il faut toutefois se garder de surinterpréter ces résultats : un test statistique a d'autant plus tendance à être significatif pour un écart donné que les pourcentages en question sont faibles. Autrement dit, le test détecte de très petites évolutions significatives lorsque les pourcentages sont proches de zéro, ce qui est par exemple le cas des agriculteurs. Cette diminution de la prévalence (qui est une mesure de stock, et donc en principe pas susceptible de diminuer sauf

à voir la génération des expérimentateurs disparaître) est à interpréter avec précaution. Elle illustre sans doute la limite de ce type d'enquête pour l'étude de très petits groupes sociaux *a priori* peu concernés par les usages de drogues.

## SANTÉ MENTALE ET CANNABIS

Le lien possible entre usages de drogues (et en particulier de cannabis) et émergence ou révélation de troubles mentaux, s'il a fait l'objet d'une abondante littérature et de controverses ces dernières années, n'a toujours pas été tranché formellement [19-21]. Le questionnaire 2005 du Baromètre santé contient un ensemble de questions évaluant simplement quelques aspects de la santé et en particulier de la santé mentale :

### LISTE ROUGE, PORTABLE : QUELLES SPÉCIFICITÉS ET QUELLES CONSÉQUENCES POUR LA QUALITÉ DES ENQUÊTES ET LA MESURE DES ÉVOLUTIONS ?

#### L'équipement téléphonique est fortement lié au profil sociodémographique

Il existe d'importantes différences sociodémographiques entre les populations interrogées suivant leur équipement en matière de téléphonie [tableau XII]. Les

possesseurs exclusifs de portable (c'est-à-dire dont le foyer n'a pas d'abonnement à une ligne fixe) sont plus souvent des hommes, nettement plus jeunes, moins souvent en couple, et ils ont moins souvent d'enfants que les abonnés filaires classiques (que ces derniers

TABLEAU XII

#### Caractérisation sociodémographique des populations suivant leur équipement téléphonique

	Liste rouge	Liste blanche	GSM	p
Pourcentage d'hommes	46,4	48,5	56,5	***
Âge moyen	39,5	43,1	30,1	***
Enfant(s)	65,8	72,3	41,2	***
Couple	62,4	70,3	42,8	***
Actifs occupés	59,2	62,3	49,8	***
Élèves, étudiants	15,9	13,4	23,6	
Chômeurs	9,7	7,8	18,0	
Retraités	6,5	8,4	1,4	
Autres inactifs	8,7	8,0	7,2	

\*\*\* : p<0,001.

possèdent ou non un téléphone portable). Les individus inscrits en liste rouge apparaissent pour leur part dans une situation intermédiaire entre ceux inscrits en liste blanche et les possesseurs exclusifs de portable pour toutes ces caractéristiques.

Ces « portables exclusifs » s'opposent aussi aux abonnés filaires par leur situation professionnelle : occupant moins souvent un emploi, ils sont plus souvent étudiants et nettement plus souvent chômeurs. Ils résident de même nettement plus souvent dans des agglomérations urbaines de grande taille ou en région parisienne (c'est le cas de 27,4 % d'entre eux vs 13,0 % pour ceux sur liste blanche et 24,0 % pour ceux sur liste rouge ;  $p < 0,001$ ), et nettement moins souvent en zone rurale (11,5 % vs 28,6 % et 16,2 % ;  $p < 0,001$ ).

Enfin, les possesseurs exclusifs de portable apparaissent moins souvent diplômés de l'enseignement supérieur que les abonnés aux téléphones filaires classiques. Il s'agit également plus souvent d'ouvriers et d'artisans, de commerçants et chefs d'entreprise, mais moins souvent de cadres ou professions intermédiaires que les abonnés au téléphone filaire [tableau XIII]. Ces caractéristiques rejoignent celles observées dans d'autres enquêtes récentes [12-15]. Il semble que l'abandon du téléphone filaire au profit d'un téléphone portable soit essentiellement motivé par des contraintes économiques. Rappelons que si le développement de la téléphonie mobile oblige les concepteurs d'enquêtes à repenser les méthodes d'enquête téléphonique, il ne présente pas que des inconvénients. En effet, la proportion de ménages possédant au moins un téléphone de quelque nature que ce soit n'a cessé de croître depuis plusieurs décennies pour atteindre 98 % en 2005.

Par ailleurs, et cela est en partie une conséquence de ces diversités démographiques, sociales et économiques, les niveaux d'expérimentation et d'usage de produits psychoactifs varient grandement avec le type d'équipement téléphonique, ceux des « portables exclusifs » apparaissant en général nettement supérieurs à ceux des autres [tableau XIV]. Cela confirme qu'il était primordial de prendre en compte ces individus dans la procédure d'échantillonnage.

Ainsi, il persiste un lien assez fort entre l'abandon du téléphone fixe au profit du portable et la plupart des comportements d'usage de drogues envisagés. Cet effet est globalement croissant avec la rareté du com-

portement ou la dangerosité des drogues en question. Autrement dit, l'effet de l'équipement téléphonique sur les usages de produits psychoactifs étudiés ne se réduit ni ne s'explique complètement par les éléments socio-démographiques envisagés ici [tableau XV]. L'abandon du téléphone fixe au profit exclusif d'un appareil cellulaire reste fortement associé à des niveaux d'usages de drogues supérieurs. Ce résultat démontre le caractère indispensable de l'inclusion des individus équipés de téléphones portables dans les enquêtes téléphoniques sur les usages de drogues, comme cela a déjà été démontré pour le tabac [16].

### L'impact de l'interrogation des téléphones portables sur les évolutions

L'inclusion d'un échantillon de possesseurs exclusifs de portable constitue un changement important de méthodologie par rapport aux exercices précédents du Baromètre santé. Il s'avère donc essentiel d'en évaluer l'impact sur les évolutions et les résultats commentés précédemment. On peut étudier ce problème de trois manières. Il est d'abord envisageable de considérer que les évolutions brutes mesurées précédemment sont correctes : c'est d'ailleurs ce qui a été retenu dans tout le chapitre. Il importe toutefois de justifier cette décision et d'examiner les hypothèses alternatives. En effet, si les niveaux mesurés en 2000 puis en 2005 sont considérés comme justes, l'évolution doit être correcte à son tour. Les méthodologies du Baromètre en 2000 et 2005 ont été conçues à chaque époque dans le but de garantir la meilleure représentativité qui soit. L'usage du téléphone est ainsi apparu, à la suite des travaux méthodologiques engagés au début des années 1990 à l'occasion de la mise en place de l'enquête sur l'Analyse du comportement sexuel des Français (ACSF), comme un moyen sûr et commode de joindre la population dans son ensemble [17]. De ces travaux ressortaient une plus grande facilité à répondre au téléphone, une meilleure cohérence et un contrôle de terrain plus efficace, mais aussi une tendance, sur certains thèmes, à donner des réponses plus socialement normées qu'au cours d'un entretien en face-à-face. Depuis les années 1990, plus de 95 % de la population est joignable par ce moyen, qu'il s'agisse d'abonnés au téléphone classique figurant dans l'annuaire public (liste blanche), ne figurant pas dans l'annuaire public (liste rouge), ou encore

**TABLEAU XIII**
**Niveau de diplôme et PCS (parmi les actifs occupés) suivant l'équipement téléphonique (en pourcentage)**

	Liste rouge	Liste blanche	GSM	p
Inférieur au bac	49,6	54,5	54,9	***
Bac	18,6	16,9	22,3	
Supérieur au bac	31,9	28,6	22,8	
Agriculteurs exploitants	0,4	2,9	0,8	***
Artisans, commerçants	8,1	6,7	10,4	
Cadres	19,0	17,2	11,8	
Professions intermédiaires	28,0	27,8	19,3	
Employés	29,4	27,9	29,5	
Ouvriers	15,2	17,6	28,3	

\*\*\* : p&lt;0,001.

**TABLEAU XIV**
**Différences entre listes de téléphone pour quelques usages de produits psychoactifs parmi les 15-64 ans (en pourcentage)**

	Liste blanche	Liste rouge	Portable exclusif	Total
Tabac quotidien	29,0	25,3	43,2	28,8***
Alcool quotidien	8,7	12,0	7,1	10,7***
Ivresses alcooliques régulières	1,6	1,9	3,8	2,2***
Audit-C <sup>a</sup>	6,1	8,1	9,9	8,1***
Deta <sup>a</sup>	9,9	12,5	12,8	10,0***
Poppers (vie)	4,0	3,4	6,1	3,9***
Champignons hallucinogènes (vie)	2,4	2,5	3,8	2,7***
Cocaïne (vie)	2,7	2,1	4,5	2,6***
Ecstasy (vie)	1,9	1,5	4,0	2,0***
Produits à inhaler (vie)	1,7	1,7	2,1	1,7 ns
LSD (vie)	1,3	1,5	1,8	1,5 ns
Amphétamines (vie)	1,6	1,4	1,7	1,5 ns
Héroïne (vie)	0,5	0,7	1,5	0,8***
Crack (vie)	0,2	0,2	0,8	0,3***
Cannabis (vie)	30,4	29,1	37,2	30,6***
Cannabis (année)	8,5	7,3	14,4	8,6***
Cannabis (mois)	4,5	3,9	9,1	4,8***
Cannabis régulier	2,2	2,1	6,2	2,8***
Cannabis quotidien	1,1	0,9	3,0	1,3***

a. Ces indicateurs d'usage problématique d'alcool sont décrits en détail dans le chapitre correspondant.

\*\*\* : p&lt;0,001; ns : non significatif.

de personnes ayant renoncé au téléphone fixe au profit du téléphone portable. La prise en compte des listes rouges en 2000 était ainsi le moyen de couvrir une part importante de la population (environ 15 % à l'époque)

possédant le téléphone mais ne figurant pas dans l'annuaire téléphonique public, population qui aurait sinon échappé à l'enquête. Des travaux méthodologiques publiés à partir des données du Baromètre santé 2000

TABLEAU XV

**OR ajustés pour quelques usages de produits psychoactifs suivant l'équipement téléphonique (référence = liste blanche/orange) parmi les 15-44 ans**

	Liste rouge	Téléphone mobile exclusif
Tabac quotidien	<b>1,2</b>	<b>1,8</b>
Alcool quotidien	0,8	<b>1,3</b>
Ivresses alcooliques régulières	0,8	1,1
Audit-C	0,8	<b>1,4</b>
Deta	1,0	<b>1,4</b>
Poppers (vie)	1,1	<b>1,3</b>
Champignons hallucinogènes (vie)	0,9	<b>1,3</b>
Cocaïne (vie)	<b>1,3</b>	<b>1,6</b>
Ecstasy (vie)	1,1	<b>1,5</b>
Produits à inhaler (vie)	1,0	0,9
LSD (vie)	1,0	<b>1,3</b>
Amphétamines (vie)	1,2	<b>1,4</b>
Héroïne (vie)	0,6	<b>1,4</b>
Cannabis (vie)	1,0	1,0
Cannabis (année)	1,1	1,1
Cannabis (mois)	1,1	<b>1,2</b>
Cannabis régulier	0,9	<b>1,3</b>
Cannabis quotidien	1,2	<b>1,5</b>

\* Chaque usage est modélisé séparément. À chaque fois, l'ajustement porte sur l'âge, le sexe, le statut professionnel et scolaire (travailleur, chômeur, inactif, i.e. étudiant, retraité ou autre inactif), le diplôme (3 modalités), la taille de l'agglomération de résidence (4 modalités), la vie en couple et la parentalité. La liste blanche/orange est la référence pour chaque régression, l'OR correspondant (qui vaut 1 par définition) n'est pas indiqué afin d'alléger la présentation.

Lecture : en gras figurent les OR significatifs au seuil 0,05.

ont montré que la population inscrite en liste rouge était sensiblement différente de la population inscrite en liste blanche : elle est plus jeune, plus féminine, plus urbaine, et moins souvent sans diplôme. Cela avait un impact sur les niveaux d'usages de drogues mesurés à l'époque [18]. L'inclusion des téléphones portables en 2005 répond à une exigence similaire, la part des personnes ayant à cette date renoncé au téléphone filaire au profit du téléphone fixe s'élevant à près de 15 % [13]. En ce sens, les deux enquêtes seraient tout à fait comparables.

Une autre façon d'explorer cette question est de procéder au calcul des évolutions en ignorant les téléphones portables en 2005. Enfin, la troisième procédure possible consiste à reconstruire les niveaux mesurés en 2000 si l'on avait interrogé à l'époque les possesseurs exclusifs de téléphones portables. Pour ce faire, on dispose d'une estimation précise de la proportion de personnes dans ce cas en 2000, soit 5 %, auxquelles

on peut attribuer à titre d'hypothèse les prévalences mesurées pour des personnes ayant le même profil en 2005. Ces différentes options ont été récapitulées [tableau XVI]. Le tableau XVI montre que l'impact estimé de l'interrogation des personnes équipées uniquement d'un téléphone portable en 2000 est relativement minime, compte tenu de la faible proportion des personnes qui auraient été concernées à l'époque : les évolutions « 2000 brut - 2005 brut » et « 2000 mobiles - 2005 brut » sont par conséquent du même ordre. La comparaison des niveaux 2005 brut et 2005 hors mobiles montre également un faible impact des téléphones portables pour la plupart des usages observés ici. Néanmoins, deux exceptions sont notables : si l'on ôte artificiellement les téléphones portables de l'enquête 2005, les niveaux d'usage régulier du cannabis et d'usage de la cocaïne au cours de l'année sont nettement revus à la baisse. Par conséquent, procéder ainsi ne modifierait que peu la plupart des évolutions

mentionnées dans ce chapitre, mais l'on sous-estimerait assez nettement la croissance de ces deux usages. Ainsi, il ressort que ce sont les usages les plus fréquents ou les usages des substances les plus rares qui seraient le plus affectés par la non-prise en compte des portables dans les enquêtes téléphoniques actuelles. Autrement dit, c'est l'observation des usages de drogues illicites susceptibles d'avoir un impact notable sur la santé publique qui serait affectée (en particulier pour le cannabis).

Ce point confirme la part essentielle que les mobiles occupent en 2005 dans la population française : il paraît déraisonnable de les ignorer dans une enquête téléphonique sur les sujets sensibles et notamment les usages de drogue, et de ne pas le faire à l'avenir si l'on suspecte une hausse de l'équipement portable des ménages et des individus.

**TABLEAU XVI**

**Impact estimé de l'inclusion des téléphones portables sur les évolutions des niveaux d'usage du cannabis et de la cocaïne parmi les 15-64 ans (en pourcentage)**

	2000		2005		Évolution		
	brut	mobiles (hypothèse)	brut	hors mobiles (hypothèse)	2000 brut - 2005 brut	2000 mobiles - 2005 brut (hypothèse)	2000 brut - 2005 hors mobiles (hypothèse)
Expérimentation de cannabis	24,6	25,2	30,6	31,3	6,0	5,4	6,7
Usage du cannabis au cours de l'année	8,6	8,9	8,6	8,5	0,0	-0,3	-0,1
Usage du cannabis au cours du mois	4,4	4,6	4,8	4,7	0,4	0,2	0,3
Usage régulier du cannabis	1,8	2,0	2,8	2,5	1,0	0,8	0,7
Expérimentation de la cocaïne	1,6	1,7	2,6	2,4	1,0	0,9	0,8
Usage de la cocaïne au cours de l'année	0,2	0,3	0,6	0,4	0,4	0,3	0,2

le questionnaire de Duke<sup>16</sup>, ainsi qu'un ensemble de questions très détaillées qui permettent également d'évaluer plus précisément la survenue d'épisodes dépressifs majeurs au cours des douze derniers mois (le *Cidi short form*). La question du lien entre usage du cannabis et santé mentale, en particulier dépression, est complexe. À titre très exploratoire, ne sera présentée ici qu'une description du lien statistique entre, d'une part, usage du cannabis et, d'autre part, survenue d'un épisode dépressif majeur, santé physique, anxiété et dépression

(évalué par le score de Duke)<sup>17</sup>. En raison de la rapide raréfaction des usages du cannabis avec l'âge, l'analyse ne portera que sur les 15-34 ans.

Parmi les 15-34 ans, 4,0 % des individus auraient souffert d'un épisode dépressif majeur avec retentissement au cours des douze mois précédant l'enquête, les femmes étant deux fois plus concernées

16. Le questionnaire de Duke n'est posé aléatoirement qu'aux deux tiers de l'échantillon.

17. Pour plus de détails concernant le questionnaire de Duke, il convient de se reporter au chapitre sur la qualité de vie.

que les hommes (5,4 % vs 2,7 %;  $p < 0,001$ ). Les scores de Duke apparaissent plus élevés parmi les hommes, qui semblent ainsi se déclarer plus souvent en meilleure santé mentale et physique : 77,4 versus 69,3 ( $p < 0,001$ ) pour la santé mentale, 79,2 versus 70,4 ( $p < 0,001$ ) pour la santé physique. Au contraire, ils apparaissent moins souvent anxieux ou dépressifs : 29,6 versus 35,3 ( $p < 0,001$ ) en ce qui concerne l'anxiété et 25,7 versus 33,0 ( $p < 0,001$ ) pour la dépression.

Le lien entre épisode dépressif majeur et usage du cannabis apparaît très fort parmi les femmes comme parmi les hommes : chez ces derniers, la proportion d'individus qui auraient souffert d'un épisode dépressif au cours de l'année triple avec la fréquence d'usage, entre les abstinentes et les fumeurs quotidiens (2,1 % à 6,0 %, test du khi-deux de tendance;  $p < 0,001$ ). Parmi les femmes, la relation est du même ordre, la proportion d'individus concernés passant de 5,4 % à 14,4 % (test du khi-deux de tendance;  $p < 0,001$ ). Autrement dit, il apparaît que les épisodes dépressifs récents sont liés à l'usage du cannabis. Une analyse logistique contrôlant comme précédemment les différentes variables susceptibles d'être fortement associées à la santé perçue permet de confirmer ce résultat [tableau XVIII]. La

survenue d'épisodes dépressifs n'est toutefois pas simplement croissante avec la fréquence d'usage du cannabis, illustrant sans doute la complexité du lien et la diversité des profils des usagers de cannabis.

Parmi les individus âgés de 15 à 34 ans, les scores de Duke de santé mentale et de santé physique sont associés à la fréquence d'usage du cannabis et ce, que l'on considère les hommes ou les femmes : schématiquement, plus la fréquence déclarée est importante, plus les scores sont dégradés ( $p < 0,001$ ). Pour les scores d'anxiété et de dépression, la relation est similaire mais en sens inverse du fait de la construction des scores : il y a une variation significative de ceux-ci suivant le niveau d'usage du cannabis, ceux-ci ayant tendance à augmenter avec la fréquence d'usage [figures 19 et 20].

Une analyse de la variance permet de vérifier que ces liens perdurent une fois l'âge contrôlé ( $p < 0,001$ ), parmi les hommes comme parmi les femmes. Si la tendance à la dégradation des scores de santé avec la fréquence d'usage est avérée, la relation entre les deux n'est toutefois pas tout à fait mécanique car, pour certains indicateurs de santé, les personnes qui se sont déclarées abstinentes ou ayant de très faibles usages présentent des scores qui ne diffèrent pas significativement des usagers quotidiens ou

**TABLEAU XVIII**

**OR ajustés sur l'âge pour la survenue d'un épisode dépressif au cours de l'année suivant l'usage de cannabis**

	Hommes		Femmes	
	OR	IC à 95 %		IC à 95 %
Âge (1 année supplémentaire)	1,0	0,96; 1,02	1,0	0,99; 1,03
Abstinence (référence)	1		1	
Ancien expérimentateur	<b>1,7</b>	1,15; 2,64	<b>1,5</b>	1,16; 1,94
Usage année	<b>1,4</b>	0,70; 2,71	<b>2,0</b>	1,31; 3,03
Usage mois	<b>2,3</b>	1,28; 4,23	<b>3,1</b>	1,88; 5,09
Usage régulier	<b>3,2</b>	1,77; 6,28	1,9	0,82; 4,50
Usage quotidien	<b>2,8</b>	1,48; 5,38	<b>3,2</b>	1,56; 6,59



FIGURE 19

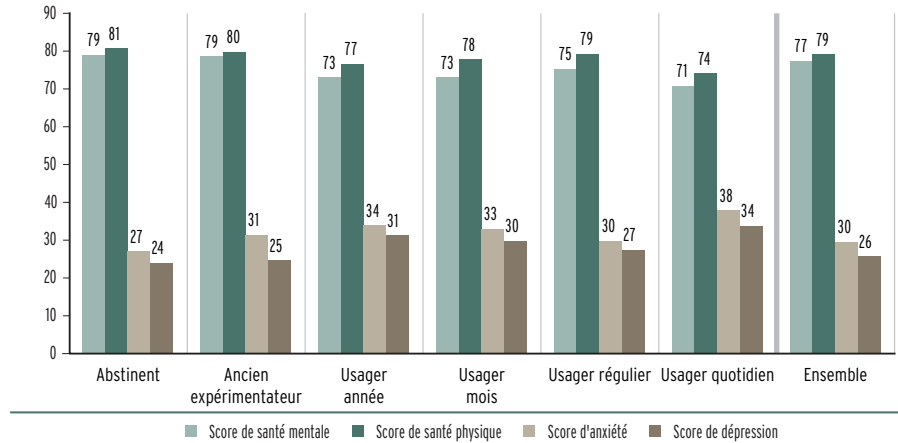
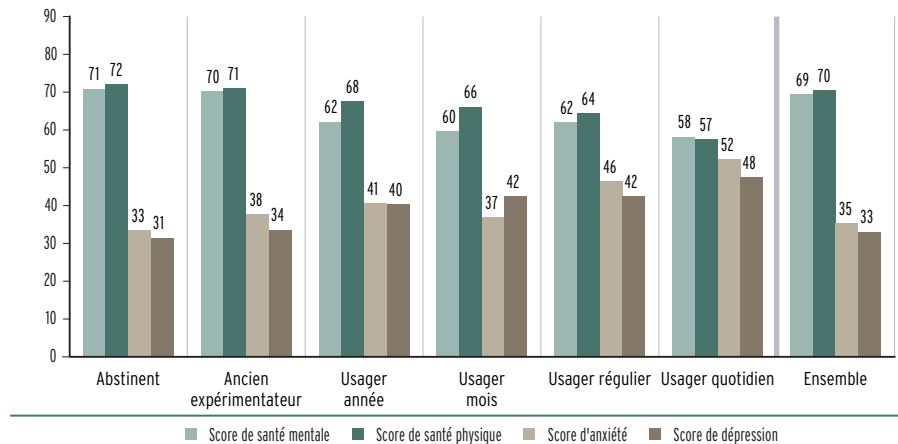
**Scores de Duke de santé mentale, physique et sociale, suivant l'usage du cannabis, parmi les hommes de 15 à 34 ans**


FIGURE 20

**Scores de Duke de santé mentale, physique et sociale, suivant l'usage du cannabis, parmi les femmes de 15 à 34 ans**


réguliers. Pour la santé mentale, l'analyse distingue deux groupes d'usagers au sein desquels les différences ne sont pas significatives : d'un côté, abstinentes, anciennes expérimentatrices et usagères régulières où

la moyenne est proche de 74 ; de l'autre, usagères au cours du mois, usagères actuelles et usagères quotidiennes où la moyenne est proche de 68. Ainsi, la santé mentale ne semble pas plus dégradée parmi les usagères

réguliers que parmi les abstinents, une fois l'âge et le sexe contrôlés, et il en va de même pour les usagers quotidiens et les usagers actuels. Pour la santé physique, deux groupes peuvent encore être distingués mais ils se chevauchent, ce qui illustre la proximité des états de santé d'usagers très différents. Usagers réguliers, abstinents, anciens expérimentateurs et usagers actuels ne diffèrent pas significativement les uns des autres et présentent globalement un score moyen proche de 74, tandis que anciens expérimentateurs, usagers actuels et quotidiens s'avèrent présenter des scores similaires, proches de 73. Pour l'anxiété, sont distingués, d'un côté, usagers quotidiens et usagers actuels qui présentent globalement un score proche de 38 et, de l'autre, usagers

actuels, réguliers, anciens expérimentateurs mais aussi usagers au cours du mois et abstinents, qui présentent globalement un score de 34. L'image est similaire pour le score de dépression.

Ainsi, s'il semble bien que la relation entre usage du cannabis et santé (en particulier mentale) existe, son interprétation n'en demeure pas moins très délicate, dans la mesure où elle ne peut se résumer à une dépendance simple avec la fréquence : les plus gros consommateurs ne présentent pas forcément plus de signes problématiques que des usagers moins fréquents, voire que les abstinents. D'autres analyses seraient nécessaires pour démêler et comprendre cette liaison.

## EXISTE-T-IL DES USAGES PLUS FÉMININS ?

Tous les usages de drogues illicites s'avèrent masculins, mais certains le sont tout particulièrement. Pour mesurer cet écart, nous avons eu recours une fois encore à l'*odds ratio* plutôt qu'au *sex-ratio* qui est le quotient de la proportion d'hommes sur la proportion de femmes présentant l'usage en question.

L'analyse confirme qu'il n'existe aucune substance plus souvent consommée par les femmes que par les hommes. Toutes ou presque présentent un OR associé au sexe masculin significativement supérieur à 1. Néanmoins, il semble exister quelques nuances, bien que les différences soient relativement faibles. Après contrôle des facteurs sociodémographiques<sup>1</sup>, les produits qui apparaissent les moins masculins sont les amphétamines (OR ajusté=2,5 pour l'expérimentation, 1,7 pour l'usage au cours de l'année), le cannabis (entre 2,1 pour l'expérimentation et 2,7 pour l'usage régulier) et les produits inhalés tels que les colles et les solvants (ORa=2,6 pour l'expérimentation, 1,9 (ns) pour l'usage au cours de l'année), avec les poppers (2,5 et 1,8). Tous les autres produits présentent des OR supérieurs, en particulier le LSD (4,2 et 3,4 pour la vie et l'année) et

les champignons hallucinogènes (3,0 et 3,2). La cocaïne occupe une position médiane (ORa=2,4 pour l'expérimentation et 2,8 pour l'usage au cours de l'année). Pour les amphétamines, il est vraisemblable que leur utilisation passée comme coupe-faim dans certains cas a été une pratique plutôt féminine tendant à minimiser l'écart hommes/femmes par rapport aux autres substances. Pour le cannabis, le ratio s'élève avec l'augmentation de la fréquence de l'usage, montrant que, si les hommes sont d'emblée plus expérimentateurs que les femmes, l'écart croît au fur et à mesure que cette pratique se maintient et s'intensifie. Les drogues les plus masculines sont les substances hallucinogènes (LSD et champignons hallucinogènes), l'expérience de cet état de modification de conscience intéressant sans doute plus les hommes.

1. L'ajustement porte sur l'âge, le sexe, la situation scolaire et professionnelle (actif occupé, chômeur, inactif – i.e. étudiant, retraité et autre inactif), la vie de couple, la parentalité, la catégorie d'agglomération (4 niveaux), le niveau de diplôme (3 niveaux), et l'équipement téléphonique (liste blanche, liste rouge, mobile).

## LES ÉTUDIANTS, SURCONSOMMATEURS DE DROGUES ?

L'école puis l'université constituent des moments et des lieux privilégiés de sociabilité particulière et propice à des expériences de toute nature, notamment en ce qui concerne les usages de produits psychoactifs. Comparativement aux travailleurs du même âge qui sont sortis plus tôt du système scolaire, les étudiants du supérieur devraient donc présenter un profil de consommation de drogues particulier, comme cela a déjà été montré à l'aide des données du Baromètre santé 2000 [6]. La surconsommation observée parmi les étudiants pour le cannabis, mais aussi les ivresses alcooliques renvoient vraisemblablement à une étape particulière du cycle de vie, caractérisée par davantage d'autonomie et de ressources relativement au moment du lycée, mais

moins de contraintes relativement à l'activité professionnelle<sup>1</sup>. Qu'en est-il en 2005 ? Pour le vérifier, nous avons restreint l'analyse aux 18-25 ans en sélectionnant uniquement des étudiants du supérieur (1290 individus possesseurs du bac et suivant un cursus post-bac), des chômeurs (n=538) et des actifs occupés (n=1480).

La comparaison des niveaux bruts ne montre que quelques rares écarts entre les trois populations [tableau XVII]. Les étudiants apparaissent ainsi, avec les chômeurs, nettement moins consommateurs d'al-

1. Afin de vérifier l'hypothèse du cycle de vie, il faudrait donc envisager de comparer les étudiants du supérieur aux lycéens, ainsi qu'aux actifs plus âgés.

TABLEAU XVII

### Usages de produits psychoactifs dans les populations étudiante, active occupée et chômeuse de 18-25 ans (en pourcentage)

	Pourcentage			P	OR1		OR2	
	Actifs occupés (n=1480)	Étudiants (n=1290)	Chômeurs (n=538)		Étud.	Chôm.	Étud.	Chôm.
Tabagisme quotidien	43,5	24,0	50,7	***	<b>0,5</b>	1,2	<b>0,5</b>	1,2
Alcool régulier	13,1	7,0	7,5	***	<b>0,7</b>	<b>0,7</b>	<b>0,7</b>	<b>0,6</b>
Trois ivresses et + au cours de l'année	16,7	17,9	13,8	ns	<b>1,5</b>	0,9	<b>1,3</b>	0,8
Audit-C	10,3	6,9	8,1	**	0,8	0,8	0,7	0,8
Deta	11,3	6,8	17,5	***	0,7	<b>1,7</b>	<b>0,6</b>	1,6
Cannabis au cours de l'année	22,3	24,5	22,3	ns	<b>1,2</b>	1,0	1,1	0,9
Cannabis au cours du mois	14,0	14,8	14,1	ns	1,1	1,0	0,9	1,0
Cannabis régulier	9,2	8,5	11,8	ns	0,9	1,3	0,8	1,3
Cannabis quotidien	4,6	3,7	7,1	**	0,7	1,4	<b>0,6</b>	1,4
Ecstasy au cours de la vie	4,6	2,6	6,7	***	0,7	1,6	<b>0,6</b>	1,5
Poppers au cours de la vie	4,7	5,8	7,1	ns	<b>1,4</b>	1,4	1,3	1,3
Champignons au cours de la vie	4,0	3,3	4,5	ns	1,1	1,2	1,0	1,1
Cocaïne au cours de la vie	3,7	2,2	5,3	**	1,0	1,6	0,8	1,4
Héroïne au cours de la vie	0,8	0,4	2,9	***	0,7	<b>3,2</b>	0,6	<b>3,1</b>
Toute drogue illicite hors cannabis (vie)	10,7	10,5	14,0	ns	1,2	1,3	1,1	1,3
Ecstasy au cours de l'année	1,7	0,7	2,3	*	–	–	–	–
Poppers au cours de l'année	1,5	1,9	2,0	ns	–	–	–	–
Champignons au cours de l'année	0,8	0,8	1,3	ns	–	–	–	–
Cocaïne au cours de l'année	1,7	1,0	2,5	ns	–	–	–	–
Héroïne au cours de l'année	0,2	0,0	1,8	***	–	–	–	–
Toute drogue illicite hors cannabis (année)	4,0	3,6	6,9	**	1,1	<b>1,9</b>	0,9	<b>1,8</b>

OR1 : ajustement sur le sexe et l'âge. OR2 : ajustement sur le sexe, l'âge, la vie de couple, la catégorie d'agglomération (4 modalités) et l'équipement téléphonique (liste blanche, liste rouge et portable exclusif). Lecture : en gras figurent les odds ratios significativement différents de 1. Ceux en italiques sont significativement inférieurs à 1. \* : p<0,05; \*\* : p<0,01; \*\*\* : p<0,001; ns : non significatif.

cool que les actifs occupés, mais leurs ivresses ne diffèrent pas en fréquence ; par ailleurs, ils sont beaucoup plus rarement fumeurs quotidiens de tabac. En ce qui concerne les drogues illicites, les proportions de consommateurs de cannabis sont très proches, de même celles des expérimentateurs des principales autres drogues illicites. Seule l'héroïne apparaît plus diffusée parmi les chômeurs, ainsi que, dans une moindre mesure, la cocaïne et l'ecstasy. Toutefois, globalement, aucune population ne se démarque pour l'expérimentation ou la consommation dans l'année d'une drogue illicite autre que le cannabis.

Lorsque sont contrôlés le sexe et l'âge (colonnes OR1), la sous-consommation de tabac et d'alcool des étudiants relativement aux actifs occupés est largement confirmée. Si l'usage problématique d'alcool suivant les tests Audit-C ou Deta n'est pas plus répandu parmi les étudiants, c'est néanmoins nettement le cas des ivresses alcooliques.

Pour les usages de produits illicites, aucune surconsommation de la part des étudiants n'est à noter, à l'exception d'une expérimentation plus répandue des poppers. Les chômeurs, pour leur part, apparaissent plus souvent buveurs à risque suivant le Deta, et plus souvent

expérimentateurs d'ecstasy et surtout d'héroïne, mais plus largement de toute substance illicite (hors cannabis) au cours de l'année. Un contrôle plus complet des caractéristiques sociodémographiques (vie de couple, catégorie d'agglomération de résidence et équipement téléphonique) ne fait pas disparaître les caractéristiques observées pour les modes de consommation d'alcool et de tabac : les étudiants présentent toujours une nette propension à l'ivresse alcoolique, mais sans les problèmes repérés par le Deta (l'OR2 est même significativement inférieur à 1). Cette tendance plus importante à s'enivrer ne surprend pas dans la mesure où les études universitaires autorisent plus de débordements festifs que le monde de l'entreprise. Pour les produits illicites, les étudiants apparaissent alors moins souvent consommateurs quotidiens de cannabis, et moins souvent expérimentateurs d'ecstasy. Ces deux modèles confirment l'absence de surconsommation de drogues illicites de la part des étudiants du supérieur comparativement aux actifs occupés du même âge. Au contraire, ils soulignent que leur consommation de tabac et d'alcool est plus modérée. Néanmoins, les étudiants se distinguent par une consommation d'alcool plus festive et tournée vers l'ivresse.

## DISCUSSION

### LIMITES DES RÉSULTATS ET DONNÉES COMPLÉMENTAIRES SUR LES DROGUES ILLICITES

L'approche par enquête en population générale dont les résultats ont été présentés dans ce chapitre complète d'autres indicateurs tels que les statistiques répressives ou sanitaires qui donnent de l'information sur les usagers de drogues « à problème ». Elle permet d'évaluer l'ampleur de la consommation au niveau national, sur une période de référence donnée, mais aussi d'émettre quelques hypothèses sur la compréhension de ces pratiques. La substance psychoactive illicite la plus couramment consommée est le

cannabis, ce qui justifie l'attention particulière portée ici à cette substance. Pour les autres produits illicites, les usages même actuels restent marginaux, et donc plus difficiles à étudier et à interpréter statistiquement.

Si les données du Baromètre santé 2005 ont permis de quantifier la proportion de certains comportements relevant d'un usage problématique de cannabis sur l'ensemble des consommateurs de ce produit, corroborant les observations de terrain des praticiens et des travailleurs sociaux [22], il convient de rappeler que les conséquences négatives des usages de drogues illicites les plus visibles restent celles liées à la consommation d'héroïne, principal produit

à l'origine des prises en charge sanitaires et sociales d'usagers de drogues illicites. Pour une moindre part, mais qui s'avère croissante depuis la fin des années 1990, la consommation de cocaïne, souvent en association avec les opiacés, se trouve également concernée. Au cours des années 1990, la polytoxicomanie s'est également développée, avec notamment le recours à des boissons alcoolisées et à des médicaments psychotropes. Les extrapolations menées au milieu des années 1990 à partir de différents modèles reposant notamment sur des données pénales et sanitaires pour dénombrer les usagers à problème d'opiacés et de cocaïne évaluent leur effectif entre 150 000 et 180 000 [23] ; elles seront prochainement réactualisées grâce à la mise en place d'une enquête capture-recapture d'ampleur nationale [24].

Une part importante de la population concernée par cette consommation problématique d'opiacés ou de cocaïne fait l'objet d'une prise en charge sanitaire, notamment avec un traitement de substitution. C'est une population relativement jeune mais vieillissante (32 ans en moyenne en 2003 vs 27 ans en 1987), nettement masculine, et qui se trouve fréquemment en difficulté sociale [25]. Le nombre d'individus concernés par la substitution est passé d'une trentaine en

1994 à environ 2 000 en 1995 (tous sous méthadone), puis environ 100 000 en 2003, la grande majorité d'entre eux ayant désormais recours à la Buprénorphine Haut Dosage (BHD), commercialisée sous le terme Subutex®, ce médicament bénéficiant d'un cadre de prescription plus souple que la méthadone.

Le nombre total de décès annuels dus aux drogues illicites ne peut pas être estimé exactement. Les principales données disponibles sont les décès par surdose constatés par les services de police et les décès par sida parmi les usagers de drogues<sup>18</sup>. Grâce à l'engagement dans une politique de réduction des risques au début des années 1990, le nombre de ces décès apparaît en diminution ; ils étaient de l'ordre de 300 en 2000 ; le nombre de décès par surdose est, pour sa part, passé de quelques unités au début des années 1970 à 564 cas en 1994, avant de chuter à 69 décès en 2004 [26].

Les infractions à la législation sur les stupéfiants pour usage, usage-revente ou trafic ont donné lieu à plus de 120 000 interpellations en 2004. Celles-ci, en hausse quasi constante depuis le début des années 1970,

18. Ces statistiques sont d'ailleurs d'interprétation délicate : imputer à « la drogue » un décès par sida faisant suite à une contamination par injection pourrait être comparé au fait d'affirmer que certaines pratiques sexuelles, « vecteurs » du sida, tuent.

## LES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION AUX OPIACÉS

Les traitements par méthadone ne peuvent être initiés que par des médecins exerçant dans un service ou établissement spécialisé (dans la grande majorité des cas, dans un centre spécialisé de soins aux toxicomanes - CSST), le relais par un médecin de ville pouvant être réalisé une fois le patient stabilisé. Les conditions d'accès et de maintien dans les « programmes méthadone » sont plus ou moins strictes selon les lieux d'accueil. Le Subutex®, parce qu'il présente peu de risques de surdose en l'absence de consommation conjointe d'autres

psychotropes (contrairement à la méthadone), bénéficie d'un cadre plus souple, l'initiation du traitement pouvant être réalisée par un médecin généraliste. Cette large diffusion constitue une spécificité française. Par ailleurs, les sulfates de morphines (Moscontin®, Skenan®), médicaments analgésiques majeurs, bien que ne disposant pas d'autorisation de mise sur le marché (AMM) dans cette indication, sont parfois prescrits en substitution de l'héroïne.

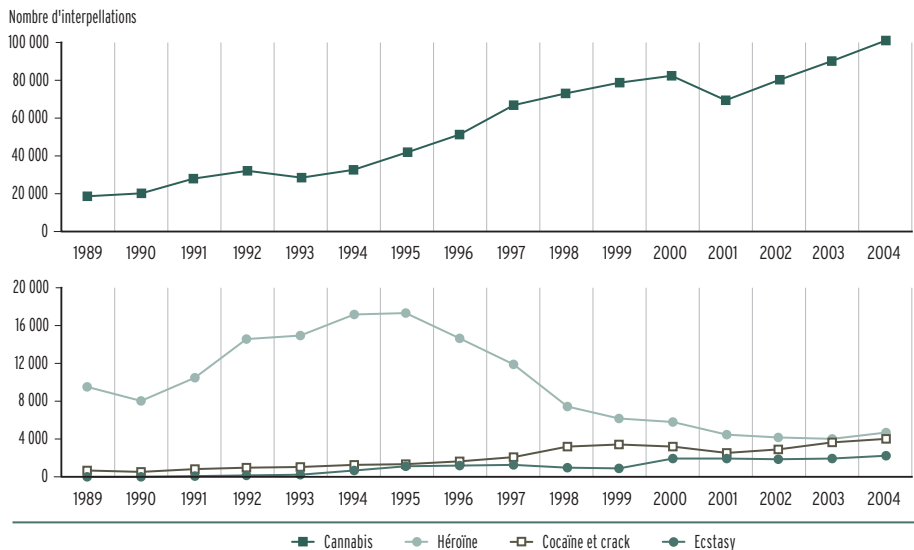
concernent principalement des usagers et plus particulièrement des consommateurs de cannabis (91 % de l'ensemble des interpellations pour usage). La généralisation de l'usage du cannabis a déjà été mise en évidence au cours des années 1990, notamment parmi les 18-44 ans [4, 8, 27]. Elle se trouve également corroborée par d'autres indicateurs tels que les statistiques d'interpellations de l'Office central de répression du trafic illicite de stupéfiants (Ocrtis) [26]. Ces mêmes statistiques permettent d'observer une diffusion de la cocaïne et du crack (environ 1 000 interpellations en 1993 et plus de 4 000 en 2004 pour ces deux produits), de l'ecstasy (aucune interpellation avant 1990, environ 1 000 par an de 1995 à 1999 et environ 2 000 par an depuis l'année 2000), avec une pointe à 1 227 interpellations en 1997 et un tassement à la fin des années 1990 (915 interpellations en 1999), ainsi qu'une forte baisse du nombre d'usa-

gers d'héroïne à partir du milieu des années 1990, après la mise en place des mesures de réduction des risques [figure 21]. L'offre de stupéfiants, telle qu'elle est vue par l'activité des services répressifs, se révèle dominée par le cannabis dont les quantités saisies ont triplé au cours des dix dernières années, son prix modéré et sa grande disponibilité en faisant un produit très accessible, comme l'ont montré les données du Baromètre santé 2005.

Ces courbes se révèlent informatives, mais leurs défauts sont bien connus : elles reflètent avant tout le produit d'une construction professionnelle et surtout l'activité des services. Les recherches basées sur ces statistiques ne mesurent ainsi que les comportements définis par l'institution productrice des données et sont en cela victimes du « syndrome du réverbère » [28], c'est-à-dire la tendance à n'observer que ce qui est le plus visible, le mieux « éclairé ».

FIGURE 21

## Évolution des interpellations pour usage de stupéfiants au cours des années 1990



Source : Ocrtis, 2005.

Par exemple, si une consigne indique de ne plus prendre en compte tel ou tel type d'usagers, ceux-ci sortent des statistiques. Le nombre d'interpellations pour usage simple et usage-revente de cannabis a régulièrement augmenté au cours des années 1980, cette tendance s'accéléra lors de la décennie suivante, avec un « creux » en 2001 [figure 21]. Celui-ci est une conséquence directe du « biais d'activité » : la baisse des interpellations enregistrée cette année-là résulte d'une diminution de l'activité des forces de l'ordre en matière de lutte contre l'usage de stupéfiants [26]. Inversement, la hausse de 2002 serait un effet de la loi d'orientation et de programmation pour la sécurité intérieure de l'été 2002, qui clarifiait les objectifs de cette lutte. Il s'agit typiquement d'un effet de sélection des statistiques de clientèles.

Concernant le profil sociodémographique des usagers de drogues vus par les services en 2004, les individus interpellés pour usage du cannabis ont en moyenne 22,5 ans, *versus* 24 ans pour les usagers d'ecstasy interpellés, 23 ans pour ceux de champignons hallucinogènes, 25 ans pour ceux de LSD, 29 ans pour ceux d'héroïne et de cocaïne, et 34 ans pour les individus interpellés pour usage de crack. Cela rejoint en grande partie les ordres de grandeur trouvés en population générale, ce qui conduit à grossièrement opposer le cannabis, l'ecstasy, le LSD, les champignons hallucinogènes — produits dont les usagers interpellés sont plus souvent des adolescents et des jeunes adultes —, et la cocaïne, le crack et l'héroïne d'autre part, pour lesquels ils sont majoritairement des adultes un peu plus âgés.

Les statistiques sanitaires confirment cette différenciation. Ainsi, en centre de soins spécialisés, les prises en charge liées au cannabis correspondent dans la majorité des cas à un consommateur de moins de 25 ans (26 ans en moyenne), *versus* seulement une fois sur huit lorsque la prise en

charge est consécutive à l'usage d'héroïne (32 ans en moyenne). Les âges moyens pour les autres produits à l'origine de la prise en charge sont de 25 ans pour l'ecstasy, 27 ans pour le LSD, 31 ans pour la cocaïne et 35 ans pour le crack.

Le profil des interpellés pour usage du cannabis contraste par ailleurs très nettement avec celui des usagers observés dans les enquêtes en population générale, confirmant les différences d'approches et de moyens des deux sources d'information. Ils sont en effet massivement plus jeunes, plus souvent des hommes et issus de milieux défavorisés, ce qui n'est pas le cas dans la population générale [29].

Il convient enfin de souligner les limites du dispositif d'observation quantitative qui s'avère encore inexistant sur des pratiques telles que le dopage, les conduites addictives « sans produit » comme la pratique compulsive d'Internet, des jeux vidéo, ou encore le jeu pathologique. Les données épidémiologiques permettent désormais de distinguer dans une certaine mesure les usages récréatifs ou festifs des usages plus problématiques, mais ne prennent en considération que très sommairement les notions de quantité consommée ou de qualité des produits. La complexité et la diversité des usages de drogues illicites rendent nécessaire le recours à des outils d'observation de nature différente et qui s'avèrent complémentaires. Ainsi, si l'enquête en population générale se révèle être un bon outil d'observation des ménages « ordinaires », ce mode d'investigation peut s'avérer inadapté pour certaines populations particulières. Cela peut être le cas pour des raisons techniques (individu fréquemment absent de son domicile, voire sans domicile, incarcéré ou hospitalisé, individu appartenant à un ménage non francophone, etc.), mais aussi pour des raisons culturelles et juridiques (pudeur, méfiance, réticence à dévoiler des comportements intimes et

illicites dans un tel contexte, etc.). Si ces limites ne sont pas de nature à remettre en cause les niveaux globaux de consommation, elles entraînent une sous-estimation des usages les plus marginalisés : un sous-échantillon issu d'une telle enquête ne serait pas représentatif des populations les plus difficiles à atteindre. Il est évident que les enquêtes en population générale ne peuvent répondre à toutes les interrogations soulevées par l'étude d'un comportement aussi polymorphe que l'usage de drogues illicites. Leur fonction première est d'informer sur les pratiques et les attitudes de l'ensemble de la population française, ce qui hypothèque les chances d'observer avec justesse les comportements plus atypiques pour lesquels les approches ethnographiques s'avèrent plus adaptées. Celles-ci reposent sur l'observation minutieuse et sur de longs entretiens semi-directifs [30, 31] ou sur des systèmes de recueil de l'information multi-focaux qui synthétisent une importante quantité de données provenant de différents sites, privilégiant une approche de réseau [32, 33] : la perspective est ici participative, la distance entre enquêteurs et population observée étant réduite à son minimum. C'est ce type d'études qui permet de mieux connaître les modes d'usage des substances les plus rares telles que le GHB, la Kétamine, le DMT, la Salvia... La principale difficulté rencontrée par ce type de dispositif de recueil de l'information est de parvenir à dégager des tendances générales d'évolution des pratiques.

### MISE EN PERSPECTIVE AVEC LES DONNÉES EUROPÉENNES

L'approche par enquêtes en population générale permet aussi d'éclairer les comparaisons internationales de niveaux de consommation. Un tel exercice a été rendu possible par les efforts de l'Observa-

toire européen des drogues et toxicomanies (OEDT) pour rendre les enquêtes des différents pays comparables grâce à des protocoles en grande partie standardisés [34]. Il est désormais envisageable de dresser une cartographie européenne des usages du cannabis au cours de l'année parmi les jeunes adultes (15-34 ans) [figure 22] ou l'ensemble des adultes (15-64 ans). Auparavant, les données étaient plutôt présentées sous forme de tableaux soulignant plus les disparités de méthodes qu'ils ne permettaient d'effectuer des comparaisons entre pays [35].

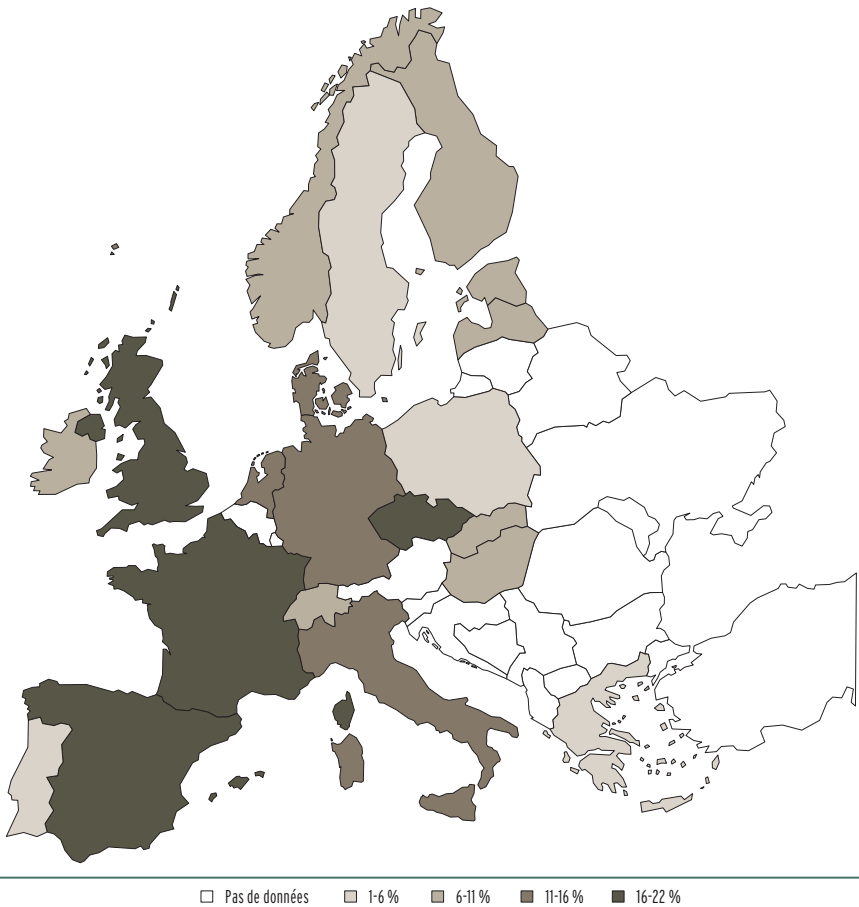
Les données présentées ici proviennent des enquêtes nationales les plus récentes disponibles dans chaque pays, l'année de référence variant de 2000 à 2005 et étant le plus souvent 2003. Si la plupart des pays peuvent fournir des résultats sur la tranche d'âge 15-34 ans, ils ne correspondent pas toujours exactement à cette tranche : pour le Danemark, la Pologne et le Royaume-Uni, elle est de 16 à 34 ans ; pour la République tchèque, la Slovaquie, la Hongrie, la Suède et l'Allemagne, 18 à 34 ans ; pour la Suisse, 15 à 39 ans. Les niveaux d'usage actuel (au cours de l'année) de cannabis des jeunes adultes varient de 3 % en Grèce à 22 % en République tchèque. Ces enquêtes permettent de constater que la France, la République tchèque, l'Espagne et le Royaume-Uni sont les pays qui présentent les taux d'usage de cannabis au cours de l'année les plus élevés au sein de l'Europe<sup>19</sup>. D'autres données peuvent également être mobilisées pour mettre en perspective ces comparaisons : par exemple, aux États-Unis, le niveau était de l'ordre de 20 % en 2001 parmi les 18-34 ans [36], tandis qu'en Australie, il était, en 1998, de plus de 25 % parmi les 15-39 ans [37].

19. En Belgique, la question de l'usage du cannabis au cours des douze derniers mois n'était pas posée dans la dernière enquête. En 2001, 19 % des 15-34 ans déclaraient en avoir déjà consommé au cours de leur vie, ce qui situe le pays à une position relativement basse dans la hiérarchie.



FIGURE 22

Usage du cannabis au cours de l'année en Europe parmi les 15-34 ans (en pourcentage)



Source : OEDT, 2005.

Depuis le début des années 1990, dans les différents pays européens où plusieurs enquêtes en population générale ont pu être répétées dans le temps, le niveau de l'usage actuel de cannabis des jeunes adultes a augmenté de façon assez nette en Allemagne, au Danemark et, dans une moindre mesure aux Pays-Bas, en Finlande et en Suède. Dans les pays où la prévalence était plus élevée au début de la décennie, tels que le Royaume-Uni et l'Espagne, la hausse a été moins marquée

**[figure 23].** En France, il semble donc que la diffusion du cannabis ait atteint en 2002 un sommet en Europe, avant de retrouver en 2005 le niveau de l'année 2000. L'OEDT note également dans son rapport annuel que les hommes s'avèrent plus fréquemment usagers de cannabis que les femmes et ce, dans tous les pays européens **[38]**.

À l'instar de ce qui est observé en France, les autres substances illicites s'avèrent nettement moins consommées. Selon le pays,

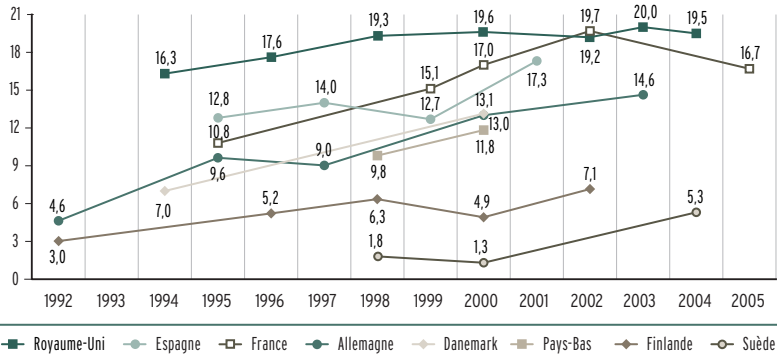
de 0,1 à 6 % des adultes ont expérimenté les amphétamines, même si ce pourcentage atteint 12 % au Royaume-Uni. L'usage au cours de la vie de la cocaïne concerne entre 0,5 et 6 % des adultes ; l'héroïne apparaît encore moins consommée. L'ecstasy concerne, pour sa part, entre 0,2 et 6,5 % des adultes, mais ce produit plus récent est surtout consommé par de jeunes adultes. L'ecstasy et la cocaïne ont connu

une certaine diffusion en Europe depuis le début des années 1990, la France n'échappant pas à cette tendance. Les amphétamines qui apparaissaient auparavant comme le produit le plus consommé après le cannabis, se trouvent désormais fréquemment à des niveaux d'usage inférieurs à ceux observés pour l'ecstasy.

Globalement, les usages de ces différentes drogues se concentrent sur la tranche des

FIGURE 23

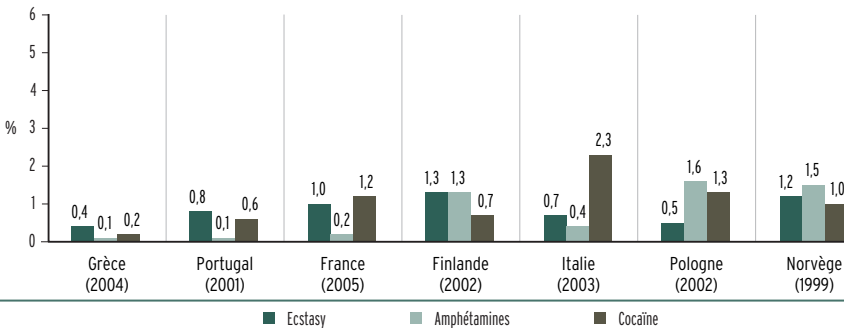
### Évolution depuis le début des années 1990 du niveau d'usage du cannabis au cours de l'année parmi les jeunes adultes de divers pays européens



Sources : OEDT, 2005 ; Abraham *et al.*, 2002 ; Beck *et al.*, 2006 ; Chivite-Matthews *et al.*, 2005 ; Hakkarainen et Metsu, 2003 ; Kjølner et Rasmussen, 2002 ; Kraus et Augustin, 2004 ; Plan national sobre Drogas, 2001 [38-44].

FIGURE 24

### Proportion d'usagers d'ecstasy, d'amphétamines et de cocaïne au cours de l'année, parmi les jeunes adultes de divers pays européens

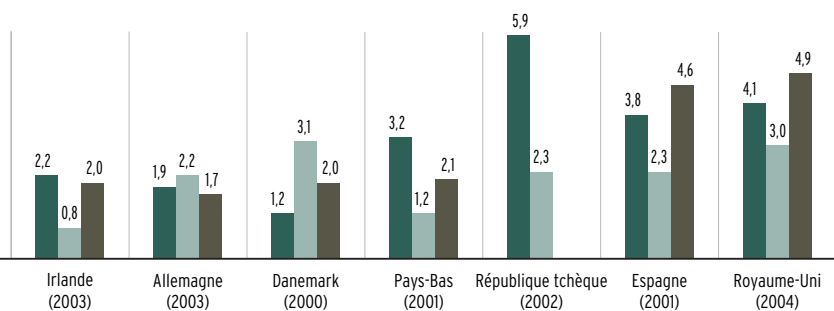


N.B. : la question de l'usage de la cocaïne au cours de l'année n'était pas posée en République tchèque.

15-34 ans, avec des prévalences au cours de la vie variant le plus souvent entre 1 et 5 %, mais pouvant atteindre pour les amphétamines 10 % au Danemark et même 18 % au Royaume-Uni, pour l'ecstasy 9 % en République tchèque et 14 % au Royaume-Uni. Concernant cette fois l'usage au cours de l'année, la hiérarchie par produits et par pays montre quelques particularités, confirmant notamment que, malgré les hausses récentes observées sur les usages d'ecstasy et de cocaïne, la France occupe une position basse en matière d'usage de ces produits [figure 24].

La position de la France en tête des pays européens pour la consommation de cannabis se retrouve pour les adolescents. L'enquête Espad (*European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*), menée auprès de jeunes scolarisés âgés de 15-16 ans en 1995 puis en 1999 et en 2003 dans une trentaine de pays européens, cumule les avantages des deux approches évoquées ci-dessus : l'enquête est très similaire d'un pays à l'autre, tous les terrains ont été réalisés en même temps et la méthode mise en œuvre est adaptée à l'interrogation des adolescents sur un sujet sensible [49-51]. La répétition de cette enquête à l'identique

à quatre ans d'écart permet également de dégager des tendances montrant que le cannabis s'est diffusé de plus en plus massivement en Europe au cours des années 1990 et que la France a rejoint le groupe de tête entre 1995 et 1999. Les adolescents français sont ainsi parmi les premiers consommateurs de cannabis au cours du mois. Ils figurent avec les Suisses, les Anglais et les Tchèques dans un groupe dont les niveaux compris entre 16 % et 22 % devançant largement ceux des autres Européens. Au-delà de l'intérêt de mettre les pratiques en regard des différences culturelles, économiques et sociales, l'importance de cette confrontation tient également à la diversité des législations en vigueur dans les différents pays de l'Union européenne, diversité d'autant plus grande que la mise en application des textes s'avère, elle aussi, très variable. En effet, la législation française passe pour être la plus répressive d'Europe et le fait qu'elle n'opère aucune distinction entre les produits stupéfiants la rend d'autant plus sévère à l'égard des usagers de cannabis, produit appartenant à une classe à part dans la plupart des législations européennes. Cette comparaison internationale permet notamment de conforter l'idée que, plus que la législa-



tion, ce sont les réseaux de relations nouées entre les individus qui déterminent les choix de consommation d'un produit comme le cannabis. Cela s'avère en particulier le cas chez les jeunes, dans la mesure où les pratiques apparaissent très liées aux usages de ses pairs [52], en particulier ceux des amis les plus proches [53].

De telles comparaisons internationales peuvent jouer un rôle important dans la mise en regard des différents modèles de politique publique de gestion des drogues, à des fins d'aide à l'évaluation. Sans aller beaucoup plus loin, un pointage rigoureux de ces chiffres permet de montrer que parmi les pays d'Europe présentant les politiques les plus répressives en matière d'usage de stupéfiants, le niveau de consommation du cannabis apparaît élevé en France et au plus bas en Suède, alors qu'à l'opposé les Pays-Bas occupent une place médiane. Une récente étude, s'appuyant aussi sur des données recueillies auprès d'échantillons représentatifs d'usagers réguliers de cannabis à Amsterdam et à San Francisco, a ainsi montré que la décriminalisation n'a pas eu d'effet sur les niveaux de consommation [54].

Il convient toutefois de nuancer ce propos et la portée générale des comparaisons européennes, dans la mesure où les populations ont, indépendamment du contexte législatif, des particularités socioéconomiques et culturelles susceptibles de peser sur leurs pratiques. De plus, la description

du type de politique publique en vigueur dans un pays est une affaire complexe qui engage toutes les dimensions de l'intervention de l'État et de l'ensemble de la société sur les drogues. Il est de ce fait très réducteur de qualifier un pays de répressif ou de permissif, dans la mesure où les politiques des drogues en Europe apparaissent de plus en plus convergentes et traversées par des forces communes [55]. Elles se sont «sanitarisées» et fonctionnent par rapport à une unité de mesure commune : le risque. Les évolutions vers la réduction des risques, la tolérance de plus en plus grande accordée à la possession et à l'usage simple, dès lors qu'il n'y a ni récidive, ni circonstance aggravante, ou encore l'orientation vers une politique préventive englobant l'ensemble des conduites addictives et des substances psychoactives indiquent clairement cette convergence, alors qu'il y a une dizaine d'années, de tels sujets étaient l'objet de profondes divisions entre les pays de l'Union européenne. Un grand nombre de pays ont ainsi modifié leur dispositif législatif par des changements de loi, soit par des directives ou des circulaires : le Danemark en 1992, l'Espagne et l'Italie en 1993, l'Autriche et l'Allemagne en 1998, la France en 1999, le Portugal et le Luxembourg en 2001, la Belgique en 2003 et la Grande-Bretagne en 2004 — ces pays tendant tous à se rapprocher plus ou moins nettement du modèle néerlandais.

## CONCLUSION

En définitive, si les usages du cannabis apparaissent globalement à la hausse sur les quinze dernières années, une stabilisation du niveau des usages au cours de l'année est apparue depuis le début des années 2000. L'usage régulier reste néanmoins à la hausse, justifiant une attention maintenue de la part des pouvoirs publics, que ce soit en termes de prévention ou d'offre de soins. Parmi les autres drogues illicites qui s'avèrent beaucoup plus rarement consommées, le niveau d'usage actuel de produits tels que la cocaïne ou l'ecstasy apparaît en

hausse ces dernières années, tandis que ceux de l'héroïne, du LSD et des amphétamines semblent stables à des niveaux très bas. Ces tendances rejoignent largement les observations rapportées du terrain par les travailleurs sociaux et les intervenants en toxicomanie. Le Baromètre santé permet ainsi de quantifier ces impressions. La richesse de cette base devrait permettre, dans un proche avenir, de compléter l'approche développée dans ce chapitre par un certain nombre d'investigations sur des questions précises.

## LEXIQUE DES DROGUES ÉVOQUÉES DANS CE CHAPITRE

### Le cannabis

Le cannabis est une plante (*cannabis sativa indica*), dont est extraite la marijuana (herbe) et la résine de cannabis (haschisch). La teneur en principes actifs (essentiellement le THC) s'avère variable selon les zones de production, les parties de la plante utilisées, la fraîcheur du produit et le degré de « coupe ». Le plus souvent fumé sous forme de cigarette (« joint », « bédou », « tonj »), le cannabis peut être fumé avec une pipe à eau (« bang », « douille »), consommé sous forme de gâteau (*space-cake*) ou d'infusion, ces modes de consommation restant assez marginaux. Le cannabis possède des effets euphorisants, désinhibants, relaxants, mais peut provoquer un phénomène de décompensation psychique. Il peut également induire une dépendance psychique chez les consommateurs quotidiens. Ce produit est classé parmi les stupéfiants.

### Les poppers

Les poppers sont des solvants contenant des dérivés de nitrite d'amyle. Leur effet désinhibant et vasodilatateur est bref et intense, provoquant le rire et une euphorie avec accélération du rythme cardiaque.

### L'héroïne

L'héroïne est un dérivé de la morphine, elle-même dérivée de l'opium. Elle se présente sous la forme d'une poudre blanche ou brune. Elle est consommée pour ses propriétés euphorisantes et relaxantes. Son administration par voie intraveineuse en a fait une cause majeure de transmission des virus des hépatites et du VIH. Elle peut également être sniffée ou fumée. Son utilisation induit une très forte dépendance physique et psychique, avec état de manque en cas de sevrage. Ce produit est classé parmi les stupéfiants.

### L'ecstasy

L'ecstasy désigne des produits synthétiques contenant du MDMA (méthylènedioxyamphétamine), dont la composition et surtout le dosage peuvent être d'une grande variété (mélange avec des médicaments ou autres substances). Le plus souvent sous forme de comprimés, elle peut aussi se présenter en poudre. Appelée, lors de son apparition en France vers la fin des années 1980, « drogue de l'amour » pour ses effets aphrodisiaques, son utilisation s'est largement étendue au cours des années 1990, notamment avec l'essor du

mouvement techno, et dépasse désormais largement ce cadre. Ce produit est classé parmi les stupéfiants.

### Le LSD

Le LSD parfois appelé « acide » ou « trip » est un hallucinogène provoquant des distorsions de la perception visuelle, spatiale et temporelle qui peuvent aller jusqu'aux hallucinations. Il se présente le plus souvent sous la forme d'un buvard qui est sucé ou avalé, mais aussi sous forme de micropoints. Sa consommation peut occasionner crises de panique, angoisse, paranoïa et autres troubles psychiatriques (« *bad trip* »), de manière plus ou moins durable. Parmi les autres hallucinogènes se trouvent la mescaline, les champignons hallucinogènes (psilocybe), le datura, la *salvia divinorum*... Ces produits sont pour la plupart classés parmi les stupéfiants.

### La cocaïne

La cocaïne est un dérivé de la feuille de coca, qui se présente sous la forme d'une fine poudre blanche. La cocaïne se consomme le plus souvent en sniff. Elle concernait, il y a quelques années, des milieux sociaux favorisés, proches du monde du spectacle, ainsi que des populations marginalisées mais se trouve désormais dans de nombreux espaces. Elle provoque une euphorie immédiate, une stimulation intellectuelle et physique mais n'engendre pas de dépendance physique. La dépendance psychique peut être, en revanche, extrêmement forte. Ce produit est classé parmi les stupéfiants.

### Le crack (ou *free-base*)

Le crack est le résultat du mélange de bicarbonate ou d'ammoniaque à la cocaïne. Il se présente généralement sous forme de cailloux ou de galettes (appellations courantes du crack), qui se consomment le plus souvent fumés, mais parfois aussi par injection. La consommation de crack induit une dépendance plus rapide et une

neurotoxicité plus importante que celles de la cocaïne. Ce produit est classé parmi les stupéfiants.

### Les amphétamines

Les amphétamines sont des produits de synthèse stimulants qui trouvent leur origine dans l'éphédra. Le plus souvent en comprimés, elles peuvent aussi se présenter en gélules, en poudre (« speed »). Leur usage festif est relativement proche de celui de l'ecstasy. Certains les utilisent comme dopants ou comme coupe-faim. Les amphétamines sont récemment sorties de la pharmacopée et sont classées parmi les stupéfiants.

### Les champignons hallucinogènes

Les champignons hallucinogènes sont des produits d'origine naturelle issus des champignons de type psilocybe contenant des principes actifs hallucinogènes comme la psilocyne et la psilocybine, mais aussi les champignons mexicains, hawaïens, colombiens... Ingérés secs, crus ou cuits (omelette), ils provoquent des distorsions de la perception visuelle, spatiale et temporelle. Leur consommation peut occasionner crises de panique, angoisse, paranoïa et autres troubles psychiatriques de manière plus ou moins durable. Ces produits sont classés parmi les stupéfiants.

### Les produits pris par inhalation

Les produits pris par inhalation constituent une catégorie assez variée : colles, solvants, détachants, vernis, protoxyde d'azote, air sec, dérivés du pétrole... Les principes actifs les plus connus sont l'éther, le trichloréthylène et l'acétone. Ces produits provoquent des distorsions auditives et visuelles. Les principaux utilisateurs sont les adolescents, car ils sont d'accès facile et de prix très bas. Les troubles engendrés peuvent être assez graves, tant sur le plan physique que psychique. Ces produits sont en vente libre ou à usage hospitalier (protoxyde d'azote).

## Relecteurs

Bernard Basset (INPES)  
Jean-Michel Costes (OFDT)  
Romain Guignard (INPES)

## Bibliographie

Les sites mentionnés ont été visités le 10/07/2007

- [1] Beck F., Cytrynowicz J.  
Usages de drogues illicites. In : Guilbert P., Gautier A. (sous la dir.).  
**Baromètre santé 2005 - premiers résultats.**  
Saint-Denis : INPES, coll. Baromètres santé, 2006 : 49-58.
- [2] Coppel A.  
**Figures de femmes...**  
Le courrier des addictions 2004 ; 6 (2) : 54-8.
- [3] Beck F., Legleye S., Spilka S., *et al.*  
**Les niveaux d'usage des drogues en France en 2005 : exploitation des données du Baromètre santé 2005 relatives aux pratiques d'usage de substances psychoactives en population adulte.**  
Tendances 2006 ; 48 : 1-6.  
En ligne : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/efxfbm5.pdf>
- [4] Baudier F., Dressen C., Alias F.  
**Baromètre santé 92.**  
Vanves : CFES, coll. Baromètre santé, 1994 : 165 p.
- [5] Baudier F., Arènes J.  
**Baromètre santé adultes 95/96.**  
Vanves : CFES, coll. Baromètres santé, 1997 : 288 p.
- [6] Beck F., Legleye S., Guilbert P., Peretti-Watel P.  
**Les usages de produits psychoactifs des étudiants.**  
Psychotropes, revue internationale des toxicomanies 2005 ; 11 (3-4) : 31-51.
- [7] Legleye S., Beck F.  
**Différenciation des usages de produits psychoactifs au sein de la population active en France.**  
Toxibase 2004 ; 15 : 12-5.
- [8] Beck F., Legleye S., Peretti-Watel P.  
Drogues illicites : pratiques et attitudes. In : Guilbert P., Baudier F., Gautier A. (sous la dir.).  
**Baromètre santé 2000 : résultats (vol. 2).**  
Vanves : CFES, coll. Baromètres santé, 2001 : 237-74.
- [9] Beck F., Legleye S., Spilka S.  
**Atlas régional des consommations de produits psychoactifs des jeunes Français : exploitation régionale de l'enquête Escapad 2002/2003.**  
Saint-Denis : OFDT, 2005 : 224 p.  
En ligne : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epxfbl6.pdf>
- [10] Laumon B., Gadegbeku B., Martin J.-L., Biecheler M.-B., SAM Group.  
**Cannabis intoxication and fatal road crashes in France: population based case-control study.**  
BMJ 2005 ; 331(7529) : 1371.  
En ligne : <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?tool=pubmed&pubmedid=16321993>
- [11] Beck F., Legleye S., Spilka S.  
**Les drogues à 17 ans : évolutions, contextes d'usages et prises de risque ; résultats de l'enquête nationale Escapad 2005.**  
Tendances 2006 ; 49 : 1-6.  
En ligne : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/efxfbm9.pdf>
- [12] Dudoignon L., Vanheuverzwyn A.  
Le téléphone mobile dans les enquêtes de référence de la mesure d'audience des médias en France. In : Lavallée P. (sous la dir.), Rivest L.P.  
**Méthodes d'enquêtes et sondages : pratiques européenne et nord-américaine.**  
Paris : Dunod, coll. Sciences Sup, 2006 : 72-6.
- [13] Bigot R.  
**La diffusion des technologies de l'information dans la société française.**  
Paris : Crédoc, coll. Collection des rapports (n° 237), 2005 : 176 p.
- [14] Bigot R.  
**La diffusion des technologies de l'information dans la société française.**  
Paris : Crédoc, coll. Collection des rapports (n° 241), 2006 : 202 p.
- [15] Roy G., Vanheuverzwyn A.  
**Mobile Phone in Sample Surveys.**  
International Conference on Improving Surveys, 2002 Aug. 25-28, Copenhagen, Denmark.
- [16] Gautier A., Beck F., Marder S., *et al.*  
Téléphones portables exclusifs : résultats d'une méthode de génération partielle de numéros. In : Lavallée P. (sous la dir.), Rivest L.P.  
**Méthodes d'enquêtes et sondages : pratiques européenne et nord-américaine.**  
Paris : Dunod, coll. Sciences Sup, 2006 : 60-4.
- [17] ACSF Investigators.  
**Analysis of sexual behavior in France (ACSF) : a comparison between two modes of investigation, telephone survey and face-to-face survey.**  
AIDS 1992 ; 6(3) : 315-23.
- [18] Beck F., Peretti-Watel P., Legleye S.  
**Aux abonnés absents : liste rouge et téléphone portable dans les enquêtes en population générale sur les drogues.**  
Bulletin de Méthodologie Sociologique 2005 ; 86 : 5-29.

- [19] Ramström J.  
***Adverse Health Consequences of Cannabis Use: a Survey of Scientific Studies Published up to and including the Autumn of 2003.***  
Stockholm: National Institute of Public Health - Sweden, 2004: 128p.  
En ligne : <http://www.fhi.se/upload/PDF/2004/English/r200446adversehealthconsequencescannabis0503.pdf>
- [20] Peretti-Watel P., Legleye S., Beck F.  
***Santé mentale et usage de cannabis à la fin de l'adolescence : Une relation complexe qui déborde le cadre pharmacologique.***  
Médecine Sciences 2002; 18 (4) : 481-8.  
En ligne : <http://pdf.edk.fr/archive/ms/2002/4/481.pdf>
- [21] Hall W.  
***The mental health risk of adolescent cannabis use.***  
PLoS Medicine. 2006; 3(2): 159-62.  
En ligne : <http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1351917&blobtype=pdf>
- [22] Reynaud M.  
***Usage nocif de substances psychoactives : identification des usages à risque; outils de repérage; conduites à tenir.***  
Paris : La Documentation française, 2002 : 288 p.  
En ligne : <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/024000138/0000.pdf>
- [23] Costes J.-M.  
Country report: France. In:  
***EMCDDA. Prevalence and patterns of problem drug use for all European Union member states: final report.***  
Luxembourg, 2002.
- [24] Vaissade L.  
***Nouvelle étude multicentrique de l'OFDT (NEMO) : estimations locales de la prévalence de l'usage problématique de drogues en France.***  
Note OFDT, 2006 (Document de travail non publié).
- [25] Bellamy V.  
***La prise en charge des consommateurs de drogues illicites ayant recours au système sanitaire et social : enquête réalisée en novembre 2003.***  
Paris : Dress, 2005 : 36 p.  
En ligne : <http://www.sante.gouv.fr/drees/seriestat/pdf/seriestat83.pdf>
- [26] Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants.  
***Usage et trafic de produits stupéfiants en France en 2004.***  
Paris : ministère de l'Intérieur, 2005 : 112 p.
- [27] Beck F., Legleye S., Peretti-Watel P.  
***Penser les drogues : perceptions des produits et des politiques publiques : enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes (EROPP) 2002.***  
Paris : OFDT, 2003 : 227 p.  
En ligne : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxfbj1.pdf>
- [28] Aubusson de Cavarlay B.  
Du dossier de procédure aux filières pénales, l'effet d'entonnoir et le syndrome du réverbère : le cas des ILS.  
In : Faugeron C. (ed.).  
***Les drogues en France : politiques, marchés, usages.***  
Genève : Georg, 1999 : 151-9.
- [29] Peretti-Watel P., Beck F., Legleye S.  
***Usagers interpellés, usagers déclarés : les deux visages du fumeur de cannabis.***  
Déviance et société 2004; 28 (3) : 335-52.
- [30] Becker H.S.  
***Outsiders. Étude de sociologie de la déviance.***  
Paris : Métailié, 1985 (1<sup>re</sup> éd. 1963) : 244 p.
- [31] Fontaine A., Fontana C., Verchère C., Vischi R., LIRESS (RAS Lab.)  
***Pratiques et représentations émergentes dans le champ de l'usage de drogues en France, juillet 1999-juin 2000.***  
Paris : OFDT, 2001 : 272 p.  
En ligne : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/liress.pdf>
- [32] Ingold F.R., Toussirt M., Petit F., Combesque A.M.  
***Apport des sciences de l'homme et de la société à la compréhension des drogues et des substances psychoactives.***  
Paris : DGLDT, coll. *Méthode et histoire*, 1994 : 123 p.
- [33] Toufik A., Sarradet A., Gandilhon M.  
***Rapport TREND : Tendances récentes.***  
Paris : OFDT, 2000 : 98 p.  
En ligne : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/trend2000.pdf>
- [34] Bless R., Korf D.J., Riper H., Diemel S.  
***European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA): Improving the comparability of general population surveys on drug use in the European Union.***  
Lisbon: EMCDDA, 1997: 149p.  
En ligne : <http://www.emcdda.europa.eu/?fuseaction=public.AttachmentDownload&NodeID=1382>
- [35] Reuband, K.H.  
***Drug use and drug policy in Western Europe: epidemiological findings in a comparative perspective.***  
European Addiction Research 1995; 1 (1-2): 32-41.
- [36] Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA).  
***Results from the 2001 National Household Survey on Drug Abuse: Volume I. Summary of National Findings.***  
Rockville: Office of Applied Studies, 2002  
En ligne : <http://www.oas.samhsa.gov/nhsda/2k1nhsda/vol1/toc.htm>
- [37] Higgins K., Cooper-Stanbury M., Williams P.  
***Statistics on Drug Use in Australia 1998.***  
Canberra: AIHW, 2000: 66p.  
En ligne : <http://www.aihw.gov.au/publications/health/sdua98/sdua98.pdf>



- [38] Observatoire européen des drogues et toxicomanies (OEDT). **Rapport annuel 2005 : état du phénomène de la drogue en Europe.** Luxembourg : Office des publications officielles des Communautés européennes, 2005 : 90 p.  
En ligne : <http://ar2005.emcdda.eu.int/download/ar2005-fr.pdf>
- [39] Abraham M.D., Kaal H.L., Cohen P.D.A. **Licit and illicit drug use in the Netherlands 2001.** Amsterdam: CEDRO/Mets en Schilt, 2001.
- [40] Chivite-Matthews N., Richardson A., O'Shea J., et al. **Drug misuse declared: findings from the 2003-04 British Crime Survey, England and Wales.** Home Office Statistical Bulletin 2005; 04-05: 1-18.  
En ligne : <http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs/05/hosb0405.pdf>
- [41] Hakkarainen, P., Metso L. **Huumeiden käytön uusi sukupolvi. [Drug use : the new generation].** Yhteiskuntapolitiikka 2003; 68(3): 244-56.  
En ligne : <http://yp.stakes.fi/NR/rdonlyres/EFE88016-8DA8-49CB-952C-B9FD3A6B78F6/0/yp32003.pdf>
- [42] Kjølner M., Rasmussen N.K. (eds). **Danish Health and Morbidity Survey 2000 & trends since 1987.** Copenhagen: National Institute of Public Health, 2002.
- [43] Kraus L., Augustin R. **Representative survey on the use and abuse of alcohol, medicines, tobacco products and illegal drugs (BUND) 2003.** Munich: IFT, 2004.
- [44] Ministerio de Sanidad y Consumo. **Plan Nacional Sobre Drogas (PNSD).** Madrid : Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005.  
En ligne : <http://www.pnsd.msc.es/>
- [45] Athens University Mental Health Research Institute. **Greek National Population Survey on Licit and Illicit Substance Use.** Athens: UMHRI, 2004.
- [46] Balsa C., Farinha T., Nunes J.-P., Chaves M. **Inquérito nacional ao consumo de substâncias psico-activas na população portuguesa, 2001.** Lisboa : CEOS, FCSH-UNL, 2002.  
En ligne : [http://www.idt.pt/media/relatorios/investigacao/inquerito\\_nacional\\_pop\\_geral\\_01.zip](http://www.idt.pt/media/relatorios/investigacao/inquerito_nacional_pop_geral_01.zip)
- [47] National Advisory Committee on Drugs (NACD), Drugs and Alcohol Information and Research Unit (DAIRU). **Drug Use in Ireland & Northern Ireland: First results from the 2002/2003 Drug Prevalence Survey.** Dublin: NACD, 2003.  
En ligne : [http://www.nacd.ie/publications/Bulletin\\_reissue.pdf](http://www.nacd.ie/publications/Bulletin_reissue.pdf)
- [48] Sieroslawski, J. **Psychoactives Substances and Behaviours.** Warsaw: National Bureau for Drug Prevention, 2002.
- [49] Hibell B., Andersson B., Bjarnason T., Kokkevi A., Morgan M., Narusk A. **The 1995 ESPAD report: alcohol and other drug use among students in 26 European countries.** Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), 1997: 294 p.  
En ligne : [http://www.espad.org/documents/Espad/ESPAD\\_reports/The\\_1995\\_ESPAD\\_report.pdf](http://www.espad.org/documents/Espad/ESPAD_reports/The_1995_ESPAD_report.pdf)
- [50] Hibell B., Andersson B., Ahlström S., et al. **The 1999 ESPAD Report: alcohol and other drug use among students in 30 European countries.** Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), 2001: 362p.  
En ligne : [http://www.espad.org/documents/Espad/ESPAD\\_reports/The\\_1999\\_ESPAD\\_report.pdf](http://www.espad.org/documents/Espad/ESPAD_reports/The_1999_ESPAD_report.pdf)
- [51] Hibell B., Andersson B., Bjarnason T., et al. **The ESPAD Report 2003: alcohol and other drug use among students in 35 European countries.** Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), 2004: 450p.  
En ligne : [http://www.espad.org/documents/Espad/ESPAD\\_reports/The\\_2003\\_ESPAD\\_report.pdf](http://www.espad.org/documents/Espad/ESPAD_reports/The_2003_ESPAD_report.pdf)
- [52] Bohrn K., Fenk R. **L'influence du groupe des pairs sur les usages de drogues.** Psychotropes, revue internationale des toxicomanies 2003; 9 (3-4) : 195-202.  
En ligne : [http://www.cairn.info/load\\_pdf.php?ID\\_REVUE=PSYT&ID\\_NUMPUBLIE=PSYT\\_093&ID\\_ARTICLE=PSYT\\_093\\_0195](http://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_REVUE=PSYT&ID_NUMPUBLIE=PSYT_093&ID_ARTICLE=PSYT_093_0195)
- [53] Beck F., Legleye S., Peretti-Watel P. **Regards sur la fin de l'adolescence : consommations de produits psychoactifs dans l'enquête Escapad 2000.** Paris : OFDT, 2000 : 220 p.  
En ligne : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/escapad00.pdf>
- [54] Reinerman C., Cohen P.D.A., Kaal H.L. **The Limited Relevance of Drug Policy: Cannabis in Amsterdam and in San Francisco.** American Journal of Public Health 2004; 94(5): 836-42.  
En ligne : <http://www.ajph.org/cgi/reprint/94/5/836.pdf>
- [55] Bergeron H. **Les politiques publiques en Europe : de l'ordre à la santé publique.** In : Reynaud M., Bailly D. Venisse J.-L. (sous la dir.). **Médecine et addictions. Peut-on intervenir de façon précoce? Actes du 6e congrès international sur les addictions.** Paris : Masson, coll. Médecine et psychothérapie, 2005 : 30-9.