

---

# 1

## Données épidémiologiques sur la consommation de cannabis

La prévalence de consommation de cannabis a été étudiée en France, dans d'autres pays européens, en Amérique du Nord, en Australie et en Nouvelle-Zélande. Dans les pays européens, et notamment en France, il s'agit le plus souvent d'études *ad hoc* réalisées en population générale, dont les objectifs sont de s'inscrire dans une politique nationale de suivi des comportements à l'égard du cannabis, afin d'adapter les stratégies de réduction de la consommation.

S'intéresser à la seule consommation de cannabis ne doit pas faire perdre de vue que cette consommation est fortement associée à celle d'autres produits psychoactifs licites comme l'alcool et le tabac. Cela rend difficile la recherche des facteurs déterminants qui pourraient être propres au cannabis. De ce fait, les études portent le plus souvent sur l'ensemble des consommations de produits psychoactifs tels que le tabac, l'alcool, le cannabis et les autres produits, et non pas sur la seule consommation de cannabis. Essentiellement réalisées par sondages aléatoires d'échantillons représentatifs des populations concernées, ces enquêtes donnent des résultats cohérents entre eux malgré la diversité des pays ou zones de provenance (Europe et Amérique du Nord, ou Australie et Nouvelle-Zélande, principalement).

### Enquêtes disponibles et limites

Les enquêtes concernant la consommation de substances psychoactives ont commencé en France à la fin des années 1970 avec les travaux réalisés par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Davidson et Choquet, 1980). Les enquêtes en population générale (par sondage aléatoire) permettent de mesurer la prévalence et l'incidence de la consommation dans une population ciblée (définie par son âge, son statut, son lieu d'habitation). Plusieurs conditions sont pré-requises, dont un échantillon représentatif de cette population, un taux de participation suffisant (au moins 70 % à 80 % de la population ciblée), un outil d'observation (questionnaire ou entretien) standardisé et validé, un mode de passation qui préserve l'anonymat. Les

enquêtes en population sous-estiment généralement les gros consommateurs, car ces derniers participent moins et ont tendance à minimiser leur consommation.

Le suivi de la consommation de cannabis impose une mise en œuvre d'enquêtes répétées selon une méthode identique, procédure qui n'a réellement débuté en France que dans les années quatre-vingt-dix, avec notamment les enquêtes auprès des jeunes scolarisés (Choquet et Ledoux 1994), et les enquêtes du Baromètre santé du Comité français d'éducation pour la santé (CFES)<sup>1</sup> en population générale adulte ou jeune. Avec la création de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), un dispositif d'enquêtes a été développé qui intègre les dispositifs antérieurs et les élargit notamment à l'ensemble des substances psychoactives.

L'étude ESPAD<sup>2</sup> (*European school survey project on alcohol and other drugs*) (Anonyme, 1995) est une enquête portant sur les jeunes scolarisés de 15 et 16 ans, à laquelle la France a participé à partir de 1999 sur un échantillon représentatif au plan national (Choquet et coll., 2000). L'enquête ESCAPAD<sup>3</sup> (Enquête santé et consommation au cours de l'appel de préparation à la défense), qui concerne un échantillon de 13 957 jeunes de 17 à 19 ans ayant participé à la Journée d'appel et de préparation à la défense, a été mise en œuvre pour la première fois en 2000 (Beck et coll., 2000). L'OFDT participe aux travaux de l'OEDT (Observatoire européen des drogues et des toxicomanies), qui réalise un travail d'homogénéisation, de validité et de comparaison des données, ainsi que d'identification des indicateurs pertinents au niveau européen.

### Effectifs et niveaux de consommation

L'expérimentation du cannabis est définie selon les auteurs comme une consommation de cannabis intervenue entre 1 et 5 fois au cours de la vie. Dans l'ensemble, le sujet sort du cadre de l'expérimentation à partir d'une consommation au moins égale à 5 fois (on parle alors de consommation occasionnelle) ; le terme « prévalence-vie », qui reflète la consommation « au moins 1 fois dans la vie », a dans ce sens l'avantage d'être plus explicite que l'expression prévalence d'expérimentation. En effet, celle-ci désigne le plus souvent la prévalence-vie en France, alors qu'elle désigne la fraction de la population n'ayant pas consommé plus de 2 à 5 fois du cannabis dans les articles étrangers.

---

1. Enquête par entretien téléphonique après tirage au sort sur liste des abonnés.

2. Enquête par autoquestionnaire anonyme sur un échantillon national en milieu scolaire.

3. Enquête « santé et consommation » par autoquestionnaire anonyme au cours de la journée d'appel de préparation à la défense.

Une autre mesure habituellement retrouvée dans ces enquêtes est la proportion des personnes ayant consommé au moins 1 fois du cannabis au cours de l'année précédant l'enquête (prévalence au cours des douze derniers mois).

Les indicateurs mesurant les consommations plus fréquentes (celles au cours du dernier mois), ou répétées (nombre de fois au cours des douze derniers mois ou du dernier mois) ne sont que plus rarement recherchés. Ni la consommation quotidienne ni le risque d'une éventuelle dépendance ne sont généralement renseignés. Or la connaissance précise des consommations de cannabis (fréquence et intensité) est primordiale si l'on souhaite s'intéresser aux troubles et aux problèmes associés à la consommation, dans la mesure où ces derniers pourraient n'apparaître qu'à des niveaux de consommation plus élevés que ceux habituellement recherchés dans les enquêtes.

### **Sous-estimation de la consommation de cannabis**

Les grandes enquêtes internationales menées en population générale ont tendance à sous-représenter les personnes les plus marginalisées (parce qu'elles sont, par exemple, moins souvent scolarisées que les autres dans le cas d'enquêtes en milieu scolaire), chez lesquelles il est pourtant probable que la proportion des usagers de produits psychoactifs est plus importante que dans d'autres groupes de populations.

De plus, quelles que soient les stratégies de sondage, il existe une sous-estimation de la consommation déclarée de produits psychoactifs, notamment de celle de cannabis, pour plusieurs raisons.

#### **Mode de recueil des données**

Une sous-déclaration est d'autant plus importante que la méthode de recueil de données implique une relation étroite avec un enquêteur. Ainsi, les recueils de données réalisés par des enquêteurs en face-à-face avec la personne interrogée introduisent une sous-déclaration plus importante que des informations recueillies par entretien téléphonique ou au moyen de questionnaires auto-administrés : ces deux dernières méthodes sont plus neutres et plus distancées (Johnson et Gerstein, 1998 ; Rogers et coll., 1999).

La norme sociale à l'égard des substances psychoactives s'est modifiée au cours du temps. Ainsi, l'OFDT a rassemblé une trentaine d'études mises en œuvre entre 1988 et 1998 portant sur les opinions, attitudes et perceptions à l'égard des substances psychoactives (Beck, 1999). Cette analyse montre que, au cours de cette période, les attitudes à l'égard des substances psychoactives et surtout à l'égard du cannabis ont évolué vers une plus grande tolérance : la perception de la dangerosité du cannabis s'est atténuée, même si l'ensemble des produits illicites reste perçu comme dangereux. De plus, les fumeurs occasionnels de cannabis ne sont considérés comme des toxicomanes que par une minorité des personnes interrogées.

S'il semble logique de considérer qu'une tolérance plus importante à l'égard du cannabis entraîne une meilleure déclaration de sa consommation, elle n'est que marginalement responsable de la hausse observée des indicateurs de consommation. En effet, les indicateurs de recours aux soins ainsi que ceux de l'activité policière relative au cannabis sont également en augmentation.

### ***Biais de mémoire***

Plus les délais existant entre le moment de la consommation de cannabis et le moment où l'enquête est réalisée sont longs, plus la sous-déclaration serait importante. Ainsi, dans les enquêtes en population adulte, les personnes les plus âgées souffriront davantage que les plus jeunes d'une mémoire défaillante, que ce soit un oubli d'une consommation ou une appréciation erronée des événements, tels que l'âge de la première consommation, déclarés comme étant plus récents qu'ils ne l'ont été en réalité. Le biais à la hausse de l'âge d'initiation serait d'autant plus important que la personne interrogée est âgée (Bauman et Phongsavan, 1999 ; Johnson et Gerstein, 1998).

## **Évolution de la consommation de cannabis en France**

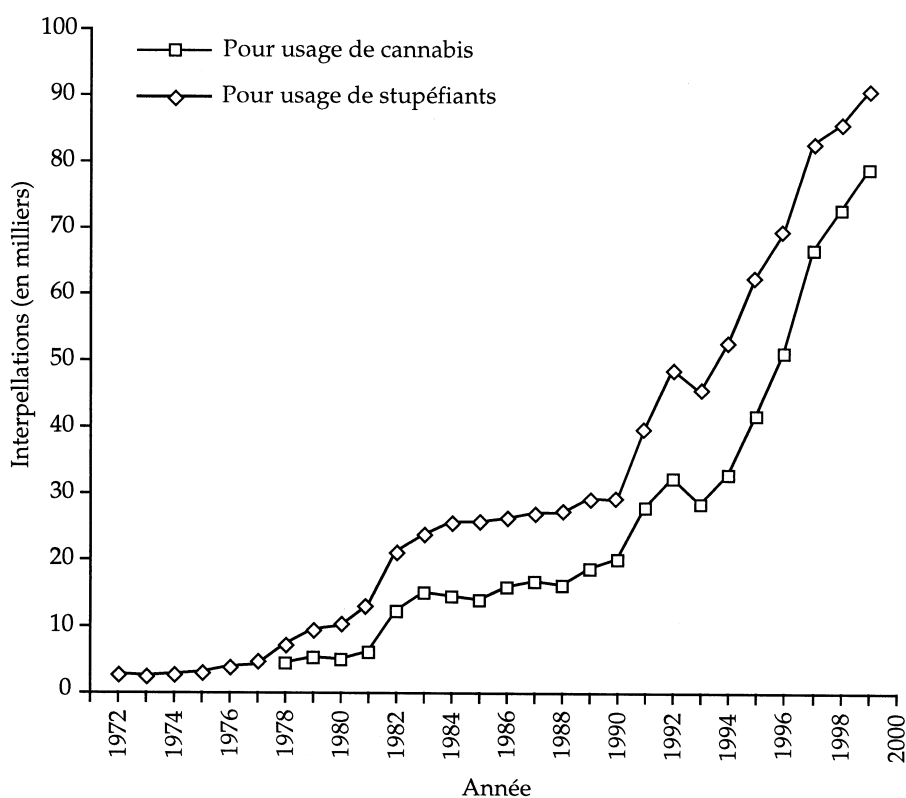
Les données d'évolution de la consommation de cannabis sont récentes et concernent surtout les quinze dernières années. Pour rendre compte de la consommation avant les années quatre-vingt-dix, on dispose essentiellement de sources indirectes d'information telles que des données de recours aux soins, ou les données de police ou des douanes relatives aux saisies de cannabis et aux interpellations pour usage de cannabis, recueillies et publiées depuis le début des années soixante-dix. Ces données peuvent susciter quelques réserves : ce sont essentiellement des données d'activité qui dépendent au moins partiellement des moyens engagés pour lutter contre les problèmes de trafic, de détention et d'usage de stupéfiants, cannabis inclus, ainsi que de la volonté politique à faire respecter la loi. Cependant, leur cohérence d'une année à l'autre laisse supposer que les biais demeurent constants au cours du temps. Interprétées comme des indicateurs de la disponibilité et de l'accessibilité du cannabis dans la société française, ces données permettent d'estimer de façon indirecte les tendances de consommation des substances psychoactives illicites : en effet, différentes études mettent en lumière une corrélation étroite entre disponibilité ou accessibilité de la substance psychoactive et niveaux de consommation (Baudier et coll., 1994, 1997 ; Arènes et coll., 1999 ; Barrett, 1999 ; Anonyme, 2000a).

### **Données en provenance de sources indirectes**

- 4 L'ensemble des données issues de sources indirectes montre un accroissement récent et important de la consommation de cannabis.

**Données de l'Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants (OCRTIS)**

Les données indirectes en provenance de l'OCRTIS concernent les quantités de cannabis saisies par la police ou les douanes. Elles montrent un doublement des quantités saisies, de 33 tonnes en 1990 à 67 tonnes en 1999. De même, les interpellations pour usage de cannabis n'ont cessé de s'accroître (figure 1.1). En 1978, 4 427 interpellations pour usage de cannabis ont été dénombrées, représentant 60 % du total des interpellations. Leur nombre était de 20 094 en 1990, correspondant à près de 70 % des interpellations pour usage. En 1999, le nombre d'interpellations pour usage de cannabis a été multiplié par quatre par rapport à 1990, avec 78 804 interpellations pour usage de cannabis regroupant presque 90 % des interpellations totales pour usage de stupéfiants durant cette année. La croissance des interpellations, régulière jusqu'au milieu des années quatre-vingt-dix, semble s'accélérer fortement depuis.



**Figure 1.1 : Évolution (1972-1999) du nombre d'interpellations (milliers) pour usage de stupéfiants, et notamment pour usage de cannabis\* (données OCRTIS, Anonyme 1990-2000c)**

\* : l'OCRTIS ne fournit les interpellations par produit que depuis 1978.

### ***Données de recours aux soins***

L'enquête sur les recours aux soins des personnes toxicomanes réalisée chaque année durant le mois de novembre par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) montre un accroissement important des recours motivés par la consommation de cannabis (tableau 1.I). On constate, comme cela était le cas pour les interpellations, une accélération du nombre de recours aux soins pour usage de cannabis au cours des douze derniers mois.

**Tableau 1.I : Évolution (1989-1999) du nombre de recours aux soins pour usage de cannabis (d'après Palle et Tellier, 2000)**

Année	Nombre de recours aux soins
1989	948
1991	1 377
1993	1 640
1995	2 137
1997	2 475
1999	3 301

### **Données obtenues auprès des populations jeunes ou adultes**

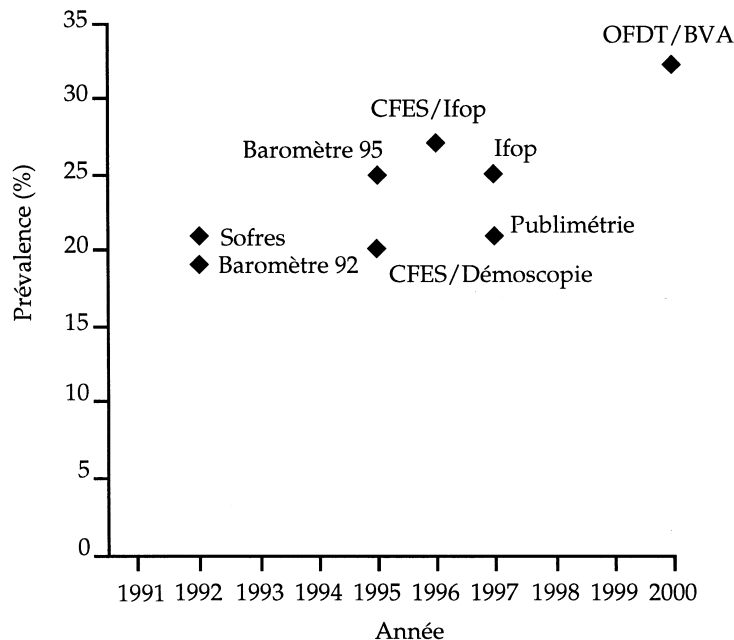
Les études de mesure directe de consommation menées auprès des populations confirment la tendance à l'accroissement et à l'intensification de la consommation de cannabis, notamment chez les jeunes.

#### ***Prévalence-vie***

À partir des années quatre-vingt-dix, on commence à disposer de données de consommation en population générale qui confirment le fort accroissement de la consommation de cannabis. Si les prévalences varient entre les enquêtes, du fait des méthodes différentes et des années auxquelles ont été effectués les recueils de données, la tendance est à l'accroissement de la consommation entre 1992 et 2000, comme le montre la figure 1.2 rapportant les résultats d'enquêtes de prévalence-vie réalisées en population adulte de 18-44 ans (Anonyme OFDT, 2001).

Les données des quatre Baromètre santé menés par le CFES en populations jeune ou adulte en 1992, 1995-1996, 1997-1998 et 2000 (Baudier et coll., 1994 ; Baudier et Arènes, 1997 ; Arènes et coll., 1999 ; Anonyme, 2000a) montrent un accroissement important de la prévalence-vie de la consommation de cannabis durant cette période (figure 1.3).

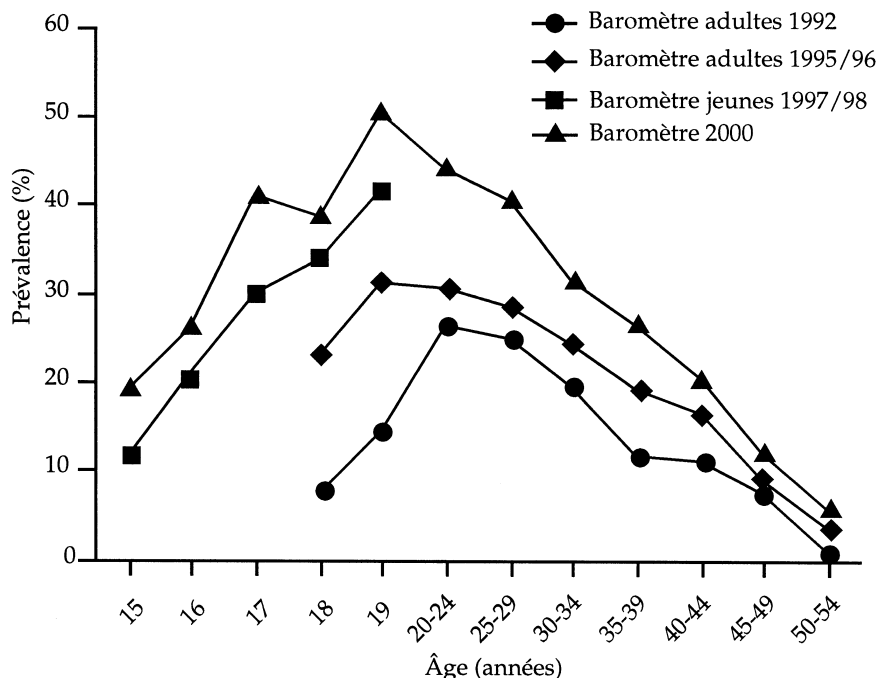
Chez les adultes, la prévalence-vie décroît à partir de 25 ans. La prévalence-vie pour une même génération est une courbe cumulative, la proportion des personnes ayant déjà expérimenté du cannabis devant être d'autant plus



**Figure 1.2 : Évolution (1992-2000) des prévalences-vie (%) de consommation de cannabis chez les 18-44 ans (d'après Anonyme, 2001)**

élevée que les personnes interrogées sont âgées. La diminution de la prévalence-vie observée dans les Baromètres, si elle semble *a priori* illogique, s'explique essentiellement par une exposition moindre des générations les plus anciennes par rapport aux plus jeunes. On constate aujourd'hui que la majorité des consommateurs a moins de 25 ans. Ainsi, chez les jeunes de 18 ans, la prévalence-vie est passée de 7 % en 1992 à 23 % en 1995-1996, puis 34 % et 39 % en 1997-1998 et 2000, respectivement (Baudier et coll., 1994 ; Baudier et Arènes, 1997 ; Arènes et coll., 1999 ; Anonyme, 2000a). La proportion des jeunes adultes de 20 à 24 ans à avoir déjà au moins une fois consommé du cannabis est de 44 % en France, 57 % chez les hommes et 31 % chez les femmes (données du Baromètre santé 2000, Anonyme, 2000a).

Les résultats de l'enquête ESCAPAD réalisée en septembre 2000 sur un échantillon de 13 957 jeunes filles et garçons de 17 à 18 ans participant à la journée de préparation à la défense montrent des prévalences-vie encore plus élevées (Beck et coll., 2000) : à l'âge de 17 ans, 41 % des filles et 50 % des garçons scolarisés disent avoir déjà fumé au moins une fois du cannabis dans leur vie. Chez les garçons de 18 et 19 ans, ces proportions sont de 55 % et de 60 % respectivement.



**Figure 1.3 : Évolution (1992-2000) des prévalences-vie (%) de consommation de cannabis en population générale : données des Baromètres santé du CFES (d'après Baudier et coll., 1994 ; Baudier et Arènes, 1997 ; Arènes et coll., 1999 ; Anonyme, 2000a)**

Chez les plus jeunes, d'âge inférieur à 17 ans, l'évolution des prévalences-vie (tableau 1.II) est appréciée par deux enquêtes réalisées chez les jeunes scolarisés en 1993 (Choquet et Ledoux, 1994) et en 1999 (enquête ESPAD, Choquet et coll., 2000), et par les deux Baromètres santé prenant en compte les jeunes de 12 à 19 ans, et réalisés en 1997-1998 et 2000 (Arènes et coll., 1999 ; Anonyme, 2000a).

Les prévalences de consommation ont plus que doublé au cours des périodes considérées. L'expérimentation entre 12 et 14 ans reste faible, mais n'est pas négligeable puisqu'elle concernait pour le Baromètre 2000 3,6 % des garçons et 3,7 % des filles (Anonyme, 2000a). Dans ces tranches d'âge, on ne dispose pas véritablement de données fiables de comparaison.

#### **Prévalence au cours des douze derniers mois**

La proportion des jeunes de 18 ans déclarant avoir consommé du cannabis au moins 1 fois au cours des douze derniers mois a également augmenté en France, passant respectivement de 5 % à 17 %, puis 26 % en 1992, 1997-1998 et 2000, selon les Baromètres santé du CFES (figure 1.4) (Baudier et coll., 1994 ; Baudier et Arènes, 1997 ; Arènes et coll., 1999 ; Anonyme, 2000a).



**Tableau 1.II : Évolution (1993-2000) des prévalences-vie (%) de consommation de cannabis chez les jeunes de 14 à 18 ans**

	Prévalence de consommation (%)			
	Inserm 1993 <sup>1</sup>	ESPAD 1999 <sup>2</sup>	Baromètre santé CFES jeunes 1997-1998 <sup>3</sup>	Baromètre santé CFES 2000 <sup>4</sup>
Garçons 14 ans	7	14	nd	8
Filles 14 ans	4	8	nd	7
Garçons 16 ans	17	38	24	28
Filles 16 ans	15	32	19	24
Garçons 18 ans	34	59	-	-
Filles 18 ans	17	43	-	-

nd : non disponible ; <sup>1</sup> : Choquet et Ledoux, 1994 ; <sup>2</sup> : Choquet et coll., 2000 ; <sup>3</sup> : Arènes et coll., 1999 ; <sup>4</sup> : Anonyme, 2000a

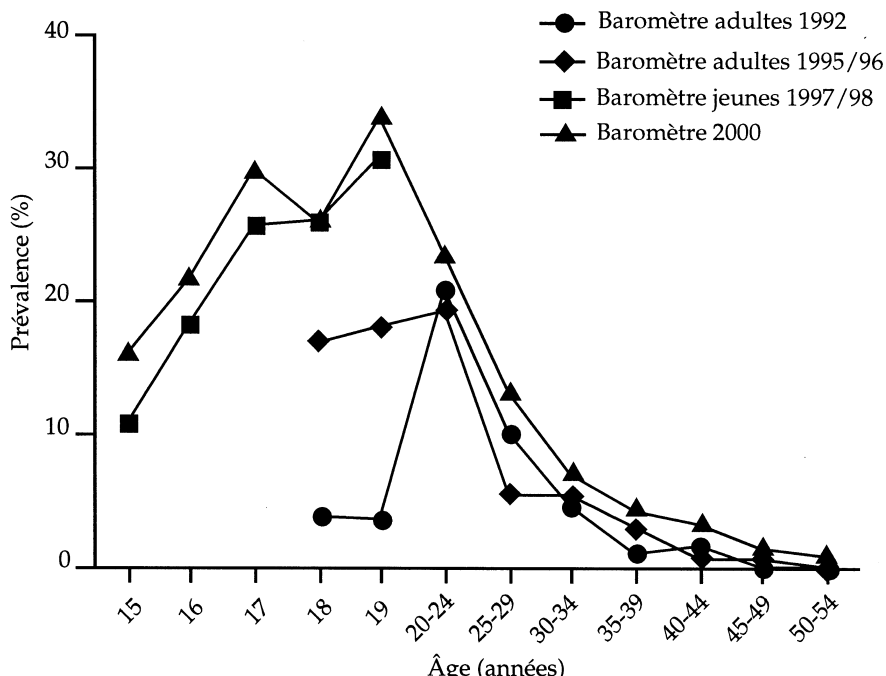
Ces proportions sont encore plus élevées dans l'enquête ESCAPAD, où 36 % des filles et 45 % des garçons de 17 ans déclarent avoir consommé du cannabis au cours des douze derniers mois.

La plupart des études de prévalence en population générale adulte constate une diminution après 30 ans de la prévalence de consommation au cours des douze derniers mois. Comme pour l'expérimentation, cette diminution relèverait également d'une exposition moindre des générations les plus âgées. Mais elle pourrait aussi s'expliquer par un abandon de la consommation à l'âge adulte, l'usage de cannabis ne touchant, semble-t-il, que les jeunes et les adultes jeunes. L'arrivée à l'âge adulte des générations de jeunes aujourd'hui très concernées par la consommation de cannabis permettra de confirmer ou non cette hypothèse.

### **Consommations plus fréquentes**

Les consommations plus fréquentes n'ont été recherchées que très récemment dans les enquêtes. Toutefois, les données disponibles montrent également des consommations répétées plus fréquentes. Ainsi, les résultats de l'enquête ESPAD relatifs à la France (Choquet et Ledoux, 2000) montrent que, entre 1993 et 1999, la consommation répétée (10 fois ou plus dans l'année) a augmenté chez les garçons de 18 ans de 11 % à 29 %, et de 3 % à 14 % chez les filles du même âge. Ce groupe de consommateurs de 10 fois et plus dans l'année est probablement très hétérogène, mais il diffère également des consommateurs moins fréquents en termes de risques associés.

Le tableau 1.III présente les niveaux de consommation observés dans l'enquête ESCAPAD ; aujourd'hui, les usages quasi quotidiens (20 fois ou plus dans les trente derniers jours) sont relativement fréquents puisqu'ils concernent 3 % des filles et 8 % des garçons de 17 ans, 12 % des garçons de 18 ans et 16 % des garçons de 19 ans. D'après cette enquête, l'analyse des contextes de



**Figure 1.4 : Évolution (1992-2000) des prévalences (%) de consommation de cannabis au cours des douze derniers mois en population générale : données des Baromètres santé 1992, 1997-1998 et 2000 (d'après Baudier et coll., 1994 ; Arènes et coll., 1999 ; Anonyme, 2000a)**

consommation montre que plus l'usage de cannabis est fréquent, plus les consommations se situent hors occasions de rencontre entre amis. Il s'agit davantage de consommations solitaires, parfois matinales.

#### ***Différences de consommation entre filles et garçons***

Les prévalences-vie de consommation de cannabis étaient dans le Baromètre jeunes 1997/1998 de 32,7 % chez les garçons âgés de 12 à 19 ans et de 23,5 % chez les filles d'âge identique) (Arènes et coll., 1999).

Dans l'enquête ESPAD (Choquet et coll., 2000), la prévalence-vie à l'âge de 18 ans est deux fois plus élevée chez les garçons que chez les filles. Une différence dans les prévalences est constatée à tout âge mais cette différence augmente l'âge (tableau 1.II).

L'enquête ESCAPAD (Beck et coll., 2000) rapporte que 50 % des garçons de 17 ans ont expérimenté le cannabis, contre 40 % des filles du même âge. En ce qui concerne les usages répétés de cannabis (= 10 fois au cours des douze derniers mois), l'enquête ESCAPAD montre que les filles de 17 ans consomment moins que les garçons (12,6 % contre 23,8 %). Pour les usages quasi quotidiens, ce sont 2,6 % des filles et 8 % des garçons de cet âge qui ont

**Tableau 1.III : Répartition (%) des jeunes de 17 à 19 ans selon l'intensité de leur consommation de cannabis, données ESCAPAD (d'après Beck et coll., 2000)**

Catégorie, consommation	Filles		Garçons	
	17 ans	17 ans	18 ans	19 ans
Abstinent, pas d'expérimentation	59,2	49,9	45,1	39,8
Expérimentateur vie, pas au cours des douze mois	5,0	5,4	6,5	8,2
Occasionnel (> 1-2 fois/an, < 10 fois/an)	23,3	20,9	19,9	19,4
Répété ( $\geq$ 10 fois/an, < 10 fois/mois)	7,4	9,3	9,9	10,1
Régulier ( $\geq$ 10 fois/an, < 20 fois/mois)	2,6	6,4	6,2	6,8
Quasi quotidien ( $\geq$ 20 fois par mois)	2,6	8,0	12,4	15,8
Usage répété, régulier ou quasi quotidien ( $\geq$ 10 fois/an)*	12,6	23,8	28,5	32,7

\* : trois dernières catégories du tableau

déclaré être dans ce cas (tableau 1.III). Ces différences de prévalences de consommation répétée sont également retrouvées dans l'enquête ESPAD (14 % chez les filles de 17-18 ans et 23 %-29 % chez les garçons de 17-18 ans) (tableau 1.IV, Choquet et coll., 2001).

**Tableau 1.IV : Prévalences (%) de la consommation répétée de cannabis (au moins 10 fois dans l'année) chez les jeunes de 14 à 18 ans, selon le sexe, données ESPAD, 1999 (d'après Choquet et coll., 2001)**

Âge (années)	Prévalence (%)	
	Filles	Garçons
14	1	2
15	5	6
16	9	15
17	14	23
18	14	29

Dans l'enquête ESCAPAD, à 17 ans, 36 % des filles et 45 % des garçons ont consommé dans l'année, dont 12,6 % des filles et 23,8 % des garçons de cet âge plus de 10 fois dans l'année. Enfin, 2,6 % des filles et 8 % des garçons déclarent avoir fumé du cannabis plus de 20 fois dans le mois, témoignant d'un usage quasi quotidien. La plupart des études étrangères notent une tendance à l'homogénéisation des consommations expérimentales ou occasionnelles entre filles et garçons, le différentiel entre sexes s'accroissant aussi lorsque les fréquences de consommation s'élèvent (Fergusson et coll., 1993 ; Perkonig et coll., 1998). Ainsi, une étude de Lynskey et coll. (1999) portant sur 29 447 jeunes collégiens ou lycéens australiens montre que 14,8 % des garçons et 14,9 % des filles ont consommé du cannabis au plus 5 fois au cours de

l'année écoulée ; en revanche, les filles sont deux fois moins nombreuses que les garçons à en avoir consommé au moins 40 fois au cours de l'année (3,1 % contre 6,8 %).

### **Âge d'initiation**

Il est important de connaître les âges d'initiation aux différentes substances psychoactives, notamment au cannabis, car la précocité de l'âge d'initiation peut être un facteur de risque d'usage nocif.

Si la prévalence-vie a augmenté dans toutes les jeunes classes d'âge, il est plus difficile de savoir si l'accroissement de la fréquence d'expérimentation chez les jeunes s'accompagne d'un rajeunissement de l'âge d'expérimentation. L'âge d'initiation à la consommation de cannabis est en effet une variable recueillie rétrospectivement. Cette évolution éventuelle de l'âge peut être accessible par la réalisation d'enquêtes transversales répétées ; elle peut également être approchée par une étude générationnelle des personnes interrogées dans une même enquête transversale.

Ainsi, l'enquête ESCAPAD (Beck et coll., 2000) a étudié les âges d'initiation chez les jeunes garçons de 17 à 19 ans. Bien que portant sur des générations très rapprochées (trois années consécutives), l'étude s'est effectuée à une période où l'accroissement de la consommation de cannabis est très importante. Cette étude donne des indications sur l'évolution de l'âge d'initiation. La répétition annuelle de cette nouvelle enquête devrait permettre de répondre de façon précise à ces interrogations. Les données montrent qu'il existe un écart d'âge d'initiation entre filles et garçons, et que cet écart s'accroît avec l'âge. Cet écart de 1 point à l'âge de 12 ans serait de 9 points à l'âge de 16 ans. En revanche, pour autant qu'on puisse l'apprécier sur des générations aussi rapprochées, l'âge d'initiation n'a pas été plus précoce chez les garçons de 17 ans que chez ceux de 19 ans, indiquant une consommation certes plus fréquente mais n'ayant pas débuté plus tôt.

## **Évolution de la consommation de cannabis dans les autres sociétés occidentales**

L'évolution à la hausse des prévalences et fréquences de consommation de cannabis en France est parallèle à celle observée en Europe, et en Occident en général, ce qui suggère que les tendances évoluent dans un contexte beaucoup plus large, caractéristique des sociétés développées ; la diffusion du cannabis et de sa consommation semble massive et indépendante des législations mises en place.

Ainsi, le nombre des saisies de cannabis au cours de la dernière décennie a augmenté de manière considérable, aussi bien en France qu'en Espagne ou en

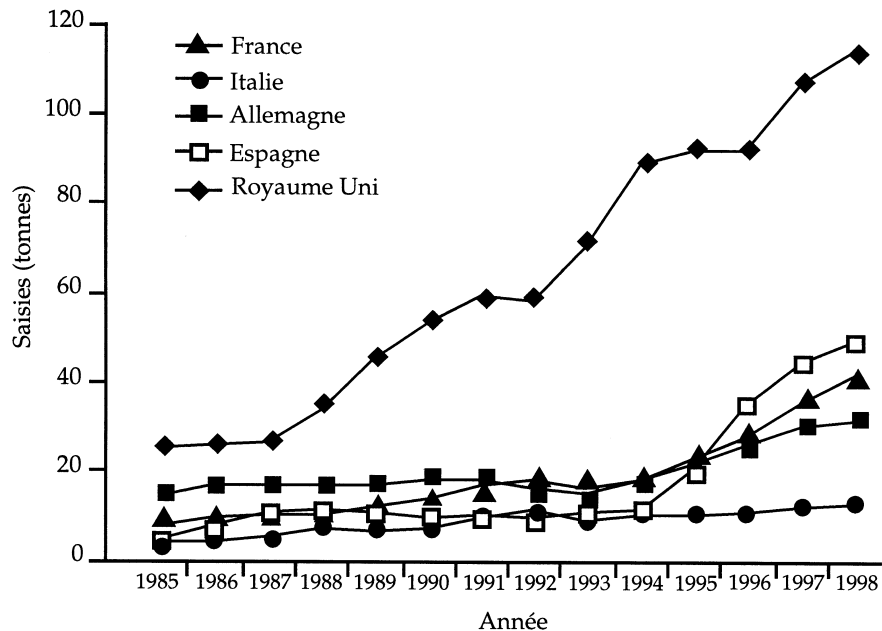


Figure 1.5 : Évolution (1985-1998) du nombre de saisies de cannabis réalisées dans l'Union européenne, données Observatoire européen des drogues et de la toxicomanie (Anonyme, 2000b)

### Évolution en population adulte

Aux États-Unis, les données de prévalence de consommation de cannabis sont recueillies et connues depuis plus longtemps qu'en France. Ainsi, le NIDA (*National institute of drug abuse*) réalise chaque année une étude en population générale, portant sur plusieurs dizaines de milliers de personnes, qui permet de mesurer les consommations de cannabis par cohorte d'année de naissance depuis plus d'un demi-siècle. L'une de ces enquêtes rassemble les données des années 1991, 1992 et 1993 et porte sur 87 915 personnes. Parmi les personnes nées entre 1919 et 1945, la prévalence-vie de consommation de cannabis<sup>4</sup> à 21 ans restait très marginale, inférieure à 1 %. Dans les générations suivantes, nées après la Seconde Guerre mondiale, la prévalence-vie à 21 ans s'accroît à 20 % chez les personnes nées entre 1946 et 1950, à 40 % chez celles nées entre 1950 et 1955 et à 55 % chez les personnes nées dans les années soixante et soixante-dix. Cette dernière prévalence à 21 ans ressemble à celle observée en France, au milieu des années soixante-dix, chez les jeunes d'une vingtaine d'années. Il semble que, comme l'Europe, les États-Unis aient connu un accroissement important de la consommation de cannabis qui

4. Aux États-Unis, le cannabis est principalement consommé sous forme d'herbe non mélangée au tabac.

s'accompagne également d'une augmentation, probablement antérieure à celle observée en Europe, du ratio de consommation femme/homme (tableau 1.V).

**Tableau 1.V : Ratio femmes/hommes des prévalences-vie de consommation de cannabis à l'âge de 21 ans, selon la cohorte de naissance, données NIDA (d'après Jonhson et Gerstein, 1998)**

Années de naissance	Prévalence de consommation vie entière Ratio (femmes/hommes)
1930-1940	0,25
1941-1945	0,28
1946-1950	0,50
1951-1955	0,60
1956-1960	0,78
1961-1965	0,83
1966-1970	0,81
1971-1975	0,95

En ce qui concerne l'Europe, et principalement l'Union européenne, le rapport 2000 de l'OEDT confirme que : « Le cannabis reste la drogue la plus largement accessible et communément consommée à travers l'Union européenne, avec une hausse substantielle de la consommation dans les années quatre-vingt-dix » (Anonyme, 2000b). Comme le montre le tableau 1.VI, c'est essentiellement l'accroissement de la consommation chez les adultes jeunes qui est responsable de l'augmentation globale en population adulte.

Au sein de l'Union européenne, la prévalence vie des personnes âgées de 15 à 64 ans serait d'environ 18 %. Le rapport 2000 de l'OEDT (Anonyme, 2000b) suggère l'hypothèse d'une homogénéisation de la consommation de cannabis : ainsi, l'accroissement de la consommation de cannabis en Europe serait d'autant plus important au cours des dernières années que le pays avait une consommation initiale faible. Les pays ayant vu augmenter très fortement leur consommation de cannabis au début des années quatre-vingt-dix, comme le Danemark ou le Royaume-Uni, auraient progressivement observé une stabilisation. En revanche, des pays comme la France ou la Finlande, dont les niveaux de consommation étaient faibles au début des années quatre-vingt-dix, ont vu au cours de ces dernières années leur consommation s'accroître considérablement. Ainsi, la Finlande, même si elle reste un pays de faible consommation, a doublé sa prévalence-vie de consommation de cannabis entre 1992 et 1998 (5 % contre 10 %) ; la consommation au cours des douze derniers mois est quant à elle passée de 1 % à 3 %.

14 La variation des consommations en population suivant les pays peut en partie s'expliquer par des étendues d'âge non strictement comparables et par des

**Tableau 1.VI : Prévalence-vie (%) de la consommation de cannabis dans différents pays européens : résultats d'enquêtes transversales en population adulte et en population jeune (d'après Anonyme OEDT, 2000b)**

Pays	Tranches d'âge	
	16-69 ans	15-39 ans
Royaume-Uni		
1994	21,0	34,0 <sup>1</sup>
1996	22,0	36,0 <sup>1</sup>
1998	25,0	42,0 <sup>1</sup>
Suède		
1996	9,0	12,0 <sup>2</sup>
1998	13,0	16,0 <sup>2</sup>
Espagne		
1996	14,2	22,9 <sup>2</sup>
1998	22,2	31,8 <sup>2</sup>
Pays-Bas		
1997-1998	18,1	
Irlande		
1999	6,4	
Grèce		
1998	13,1	
ex-Allemagne de l'Est		
1995	3,6	6,4 <sup>3</sup>
1997	4,2	7,8 <sup>3</sup>
ex-Allemagne de l'Ouest		
1995	13,9	21,0 <sup>3</sup>
1997	13,4	20,1 <sup>3</sup>
France		
1995	16,0	
Finlande		
1996	7,3	15,0 <sup>4</sup>
1998	9,7	15,7 <sup>4</sup>
Danemark		
1994	31,3	
Belgique		
1994	5,8	

<sup>1</sup> : 16-29 ans ; <sup>2</sup> : 15-34 ans ; <sup>3</sup> : 18-39 ans ; <sup>4</sup> : 16-34 ans

méthodes de sondage (courrier, entretiens en face-à-face ou au téléphone) induisant une sous-déclaration plus ou moins grande. Mais les différences s'expliqueraient aussi par des facteurs propres aux pays tels que la disponibilité et l'accessibilité du cannabis, et son acceptation sociale.

### Évolution chez les jeunes

Environ 16 % des jeunes de l'Union européenne nés en 1983 et interrogés en 1999 (âgés de 15-16 ans) auraient déjà consommé au moins une fois du cannabis. Ces chiffres sont très proches de ceux retrouvés en France.

Les prévalences-vie chez les 15-16 ans ont augmenté dans tous les pays européens (tableau 1.VII). Le Royaume-Uni et l'Irlande, pays de forte consommation, présentent des prévalences de consommation chez les plus jeunes qui semblent depuis quelques années se stabiliser. En revanche, les prévalences de consommation ne cessent de croître dans les autres pays : c'est le cas de la Finlande, du Danemark, de la Belgique et de la France.

**Tableau 1.VII : Évolution des prévalences-vie de consommation de cannabis chez les jeunes de 15 à 16 ans dans différents pays européens (données ESPAD 1995, 1999)**

Pays	Année/Prévalence (%)			
Suède	1995	6	1999	8
Danemark	1995	17	1999	24
Finlande	1995	5	1999	10
Norvège	1995	6	1999	12
Grande-Bretagne	1995	41	1999	35
Irlande	1995	37	1999	32
France*	1993	12	1999	35
Portugal	1995	7	1999	8
Italie	1995	19	1999	25
République tchèque	1995	22	1999	35
Pologne	1995	8	1999	14
Ukraine	1995	14	1999	20
Hongrie	1995	4	1999	11

\* Choquet et Ledoux, 1994.

Un accroissement de la consommation chez les jeunes est également constaté aux États-Unis (Bauman et Phongsavan, 1999 ; Barrett, 1999), en Australie (Lynskey et coll., 1999) et en Nouvelle-Zélande, pays ayant déjà au départ une forte prévalence de consommation de cannabis. Au Canada, Adlaf et coll. (2000) observent chez des collégiens ou lycéens âgés de 12 à 19 ans une augmentation régulière de la prévalence au cours des douze derniers mois, passant de 11,7 % à 29,2 % entre 1991 et 1999.

On observe au total un accroissement important de la consommation de cannabis au cours des dix dernières années chez les jeunes Européens et habitants d'autres pays anglo-saxons. Cet accroissement s'accompagne d'une tendance à une certaine homogénéisation des consommations entre filles et garçons. Il va de pair avec une forte augmentation des indicateurs du marché du cannabis.



### Variations géographiques

Des variations locales de consommation ont été observées dans différents pays. Des études anglaises, américaines ou espagnoles présentent des prévalences pouvant varier du simple au triple, selon qu'il s'agit d'une zone rurale, urbaine ou périurbaine (Konings et coll., 1995 ; Kandel et coll., 1997 ; Perkonigg et coll., 1998 ; Forsyth et coll., 1999), d'une région ou d'une autre (Miller et Plant, 1996 ; Ogborne et Smart, 2000), d'étudiants vétérinaires ou en sociologie d'une même université (Webb et coll., 1997 ; Martinez et coll., 1999) ou de différents quartiers au sein d'une même ville (Bobashev et Anthony, 1998). Une analyse spécifique de l'enquête de l'Inserm sur la santé des adolescents de 1993 (Choquet et Ledoux, 1994), portant sur les conduites à risque et les consommations d'alcool, de tabac et de cannabis chez des adolescents de 11 à 19 ans, montrait que l'association alcool, tabac et cannabis paraissait légèrement plus fréquente en Île-de-France qu'ailleurs (Choquet et coll., 1998). Cette tendance semble s'être accentuée dans les résultats du Baromètre jeunes en Ile-de-France réalisé en 1997-1998, qui indiquait une consommation régionale de cannabis significativement plus importante en Ile-de-France que dans le reste du pays, tant en termes de prévalence-vie que de consommation au cours des douze derniers mois (Embersin et Grémy, 2000).

La disponibilité des produits psychoactifs détermine en partie les niveaux de consommation des différents produits. Dans les zones où l'accessibilité du cannabis est très faible, la consommation d'alcool peut être plus importante que dans celles où se procurer du cannabis est facile. Cela a été par exemple montré en Finlande, où la prévalence de consommation encore très peu élevée par rapport à celle enregistrée dans les autres pays européens est surtout due aux niveaux de consommation très faibles en dehors des grandes villes. Dans ce pays, les prévalences-vie avoisinent les 20 % environ dans la population adulte d'Helsinki, alors qu'elles n'atteignent pas 3 % dans les zones rurales (l'inverse est d'ailleurs observé en ce qui concerne l'alcool, davantage consommé en zone rurale). Une étude anglaise (Webb et coll., 1997) réalisée dans dix universités montre des variations de prévalence qui ne sont expliquées que de façon partielle par les différences des populations recrutées selon les disciplines. Ces variations, plutôt locales, montrent que les niveaux de consommation de cannabis dans une population donnée dépendent également de l'environnement immédiat et des nombreux facteurs déterminant l'accès à la consommation de cannabis.

### Caractéristiques de la consommation

L'usage de cannabis peut être exploré dans le contexte plus global de la polyconsommation. Certains auteurs ont par ailleurs rapporté les effets négatifs éventuellement ressentis par les consommateurs. Enfin, la coexistence de

la consommation de cannabis et de l'expérimentation de substances psychoactives dites « dures » a fait l'objet de différentes analyses.

### **Polyconsommation**

Toutes les études étrangères (Hammer et Vaglum, 1991, 1992 ; Jessor et coll., 1986 ; Lynskey et coll., 1998 ; Zoccollilo et coll., 1999 ; Adlaf et coll., 2000 ; Royo-Bordonada et coll., 1997 ; Perkonigg et coll., 1998 ; Patton et coll., 1995 ; Aarons et coll., 1999 ; Mc Gee et Feehan, 1993) ou françaises (Baromètres santé, études ESPAD et ESCAPAD...) montrent qu'en général les consommations soutenues de cannabis sont accompagnées et ont été précédées par les consommations de tabac et d'alcool. De plus rares études portant sur les très forts consommateurs de cannabis (Cohen et Sas, 1997 ; Bourque et coll., 1991) montrent une trajectoire de consommation moins conventionnelle, avec des passages d'emblée et précoces à la consommation de cannabis, ou un passage préalable par des substances psychoactives de synthèse, avec des différences marquées entre les hommes et les femmes. Ces auteurs notent une grande hétérogénéité de ces groupes de forts consommateurs de cannabis en termes de risques associés.

Les corrélations entre les différentes consommations d'alcool, de tabac et de cannabis sont toujours retrouvées lorsqu'elles sont recherchées. Ainsi Lynskey et coll. (1999) retrouvent des coefficients significatifs de 0,56 pour l'alcool et le cannabis, et de 0,51 pour l'alcool et le tabac d'une part, et pour le tabac et le cannabis d'autre part. Ces résultats montrent que, statistiquement, plus la consommation d'alcool ou de tabac est élevée, plus la consommation de cannabis l'est également ; ils suggèrent aussi que les consommations d'alcool et de tabac sont liées. Lynskey et coll. (1998, 1999) montrent que les utilisateurs réguliers de cannabis (10 fois et plus dans l'année) présentent davantage de consommations d'alcool et de tabac que les non-consommateurs. Ogborne et Smart (2000), dans une enquête transversale réalisée en population générale, rapportent que la proportion de fumeurs de tabac est de 20 % chez les sujets n'ayant jamais consommé de cannabis, contre 67 % chez ceux en ayant consommé au moins 1 fois au cours des douze derniers mois. Ces proportions sont respectivement de 5,9 % et 63 % chez les sujets rapportant ou non une consommation d'au moins 10 verres d'alcool en seule occasion dans les douze derniers mois. Parmi les usagers de cannabis au cours des douze derniers mois, la proportion de fumeurs quotidiens de tabac et de consommateurs d'alcool de plus de 10 verres au moins une fois dans l'année ou des personnes ayant eu des problèmes liés à leur consommation d'alcool est toujours beaucoup plus élevée que chez les non-consommateurs de cannabis.

18 Dans une autre étude canadienne, Adlaf et coll. (2000) montrent que, parallèlement à l'accroissement de la consommation de cannabis, a été observé un

accroissement de la consommation d'alcool, et notamment de la consommation aiguë (ivresse), et de tabac. L'enquête ESCAPAD a également montré une similitude entre les trajectoires d'expérimentation de l'ivresse alcoolique et de cannabis : une méthode statistique de classification des consommateurs a permis de catégoriser les jeunes interrogés en fonction de leurs différentes consommations d'alcool, de tabac et de cannabis. Chez les non-consommateurs d'alcool, 42,7 % ont déjà consommé du tabac et 13 % du cannabis. Cette proportion de consommateurs de cannabis est bien inférieure à celle retrouvée dans l'ensemble de l'échantillon (49,6 %). À l'opposé, les 14,3 % de l'échantillon ayant un usage répété d'alcool (plus de 40 fois dans l'année) regroupent 46,0 % des jeunes déclarant une consommation répétée de cannabis, contre 23,1 % pour les autres. Ces 14,3 % de l'échantillon ayant un usage répété d'alcool regroupent également 94,1 % des jeunes ayant déjà expérimenté une ivresse (contre 61,7 % dans l'ensemble de l'échantillon), montrant les associations entre ivresse et consommation de cannabis. Dans le Baromètre santé 2000 (Anonyme, 2000a), aucun jeune ne dit avoir essayé le cannabis sans avoir au moins une fois dans sa vie fumé une cigarette ou bu un verre d'alcool.

### Problèmes associés à la consommation de cannabis

Un pourcentage important des fumeurs expérimentés disent avoir ressenti, à un moment ou à un autre dans leur trajectoire de consommateur, des effets négatifs de la consommation de cannabis. Ainsi, Cohen et Sas (1997) montrent que, parmi les sujets ayant consommé du cannabis plus de 25 fois au cours de leur vie, 53 % déclarent avoir souffert au moins 5 fois dans leur trajectoire d'un manque de concentration et 30 % d'une perception visuelle altérée, entre autres effets négatifs. De plus, 23 % disent avoir manqué au moins une fois à des obligations dans leur travail et 5 % rapportent des problèmes avec la justice. Ces deux derniers problèmes sont également rapportés par Halikas et coll. (1983) auprès de consommateurs de 50 fois et plus au cours des douze derniers mois aux États-Unis. Perkonigg et coll. (1998) montrent dans leur étude réalisée auprès d'adolescents munichois que les problèmes avec la justice sont plus nombreux chez les consommateurs importants de cannabis.

Les problèmes de santé semblent d'autant plus fréquents que les niveaux de consommations sont élevés. Konings et coll. (1995) rapportent dans une étude effectuée auprès d'adolescents suisses que les usagers de substances psychoactives (dont le cannabis) présentent davantage de problèmes de santé et de difficultés à s'intégrer dans la société.

Dans le Baromètre santé jeunes du CFES mené auprès de jeunes âgés de 12 à 19 ans en 1997-1998 (Arènes et coll., 1999), les polyconsommateurs (tabac,

alcool et cannabis)<sup>5</sup> présentent indiscutablement plus de difficultés que les non-polyconsommateurs, même à des niveaux de consommation paraissant peu élevés. On observe chez eux davantage de conduites à risque telles que des actes de violence subis ou agis, des pensées suicidaires, des accidents ou des difficultés d'ordre scolaire et familial. Chez les polyconsommateurs (à sexe, composition familiale et niveau social ajustés), le risque d'un accident de deux roues est ainsi multiplié par un facteur 2 environ par rapport aux autres jeunes non polyconsommateurs. La proportion des sujets polyconsommateurs à déclarer un manque de valorisation de la part de leurs parents ou de l'institution scolaire est également plus élevée. Cet accroissement des conduites à risque est retrouvé de façon similaire dans différentes études ou rapports français (Baromètre santé 2000 (Anonyme, 2000a) ; Choquet et Ledoux, 1994 ; Choquet et coll., 1998 ; Ballion, 1999). Ces accroissements de risque commencent à apparaître à des niveaux de polyconsommation déclarés qui paraissent peu importants et relativement courants (Anonyme, 2000a). Toutefois, le rôle propre de la consommation de cannabis dans cet accroissement des conduites à risque est difficile à identifier.

Dans l'enquête du Baromètre jeunes 1997-1998 (Arènes et coll., 1999), 5,5 % des jeunes de 15 à 19 ans ayant expérimenté le cannabis ont également expérimenté une autre substance psychoactive telle que la cocaïne, l'héroïne, le crack, les amphétamines ou les hallucinogènes. Si l'on ne peut nier que la consommation d'héroïne, de cocaïne ou de crack passe presque obligatoirement par une consommation préalable de cannabis, elle est également précédée par une consommation régulière de tabac ou d'alcool. Ainsi, les expérimentateurs de ces substances psychoactives telles que la cocaïne, l'héroïne, le crack, les amphétamines ou les hallucinogènes sont plus nombreux (3,7 %) chez les fumeurs quotidiens de tabac que chez les non-fumeurs ou les fumeurs non quotidiens (0,3 %). Chez les jeunes ayant déjà éprouvé une ivresse alcoolique, cette proportion est de 3,5 %, contre 1 % chez les jeunes n'ayant jamais été ivres. Cette relation est encore plus forte chez les jeunes polyconsommateurs, puisque 11,4 % d'entre eux ont consommé une autre substance psychoactive contre 0,6 % des non-polyconsommateurs.

L'expérimentation d'une substance telle que la cocaïne, l'héroïne, le crack, les amphétamines ou les hallucinogènes ne concerne donc qu'une faible proportion des consommateurs de substances psychoactives « licites » (tabac ou alcool) ou de cannabis ; cette proportion représente toutefois un nombre élevé d'individus si l'on considère l'ampleur de la consommation de cannabis en population générale.

---

5. Les polyconsommateurs sont ici définis par une consommation de tabac d'au moins une cigarette par jour, une consommation d'alcool au moins bi-hebdomadaire et/ou une ivresse par an, et une consommation de cannabis  $\geq 10$  fois au cours de la vie.

**En conclusion**, l'ensemble des données recueillies suggère un accroissement rapide de la consommation de cannabis chez les jeunes, une prévalence au cours de la vie plus importante et un usage plus intensif. Toutefois, les enquêtes repèrent moins bien les consommations quotidiennes. Cet accroissement récent et important de la consommation de cannabis chez les jeunes est associé le plus souvent à une polyconsommation et à d'autres conduites à risque. Il n'est pas possible de déterminer à partir des études épidémiologiques si la nature de la corrélation entre la consommation de cannabis associée à celles d'alcool et de tabac et les comportements à risque est causale, mais cette corrélation existe incontestablement. Chez les adultes, la prévalence de consommation au cours des douze derniers mois semble n'avoir que modérément augmenté dans les dix dernières années. Compte tenu de la diffusion extrêmement importante de la consommation et de l'accroissement des fréquences de consommation de cannabis chez les jeunes, un suivi de ces nouvelles générations d'usagers est nécessaire pour confirmer l'abandon des consommations à l'âge adulte.

Trop peu d'études ont porté sur les fréquences élevées de consommation, les signes de dépendance qui pourraient être associés et les trajectoires des consommateurs. Il semble nécessaire de relever systématiquement dans les études à venir les fréquences et quantités consommées, et d'homogénéiser les différentes définitions de consommation expérimentale, occasionnelle, régulière, répétée. Cela devrait permettre d'évaluer la prévalence des consommations régulières ou quotidiennes, qui n'est que rarement renseignée, et d'établir une typologie des consommations afin de les rendre comparables d'une étude à l'autre et de mieux les caractériser.

## BIBLIOGRAPHIE

- AARONS GA, BROWN SA, COE MT, MYERS MG, GARLAND AF et coll. Adolescent alcohol and drug abuse and health. *J Adolesc Health* 1999, **24** : 412-421
- AARONS GA, BROWN SA, HOUGH RL, GARLAND AF, WOOD PA. Prevalence of adolescent substance use disorders across five sectors of care. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001, **40** : 419-426
- ADLAF EM, PAGLIA A, IVIS FJ, IALOMITEANU A. Nonmedical drug use among adolescent students : highlights from the 1999 Ontario Student Drug Use Survey. *CMAJ* 2000, **162** : 1677-1680
- ANONYME. ESPAD « European school survey project on alcohol and other drugs ». Enquête européenne auprès des jeunes scolarisés. OFDT, Inserm et Conseil de l'Europe, Groupe Pompidou, 1995
- ANONYME. OCRTIS. Office central pour la répression du trafic illicite de stupéfiants. Infractions à la législation sur les stupéfiants et usage de drogue en France. Les statistiques de l'année 1990, Ministère de l'intérieur, 1991
- ANONYME. OCRTIS. Infractions à la législation sur les stupéfiants et usage de drogue en France. Les statistiques de l'année 1991, ministère de l'Intérieur, 1992

ANONYME. OCRTIS. Usage et trafic de drogues : statistiques 1992, ministère de l'Intérieur, 1993

ANONYME. OCRTIS. Usage et trafic de drogues : statistiques 1993, ministère de l'Intérieur, 1994

ANONYME. OCRTIS. Usage et trafic de stupéfiants : statistiques 1994, ministère de l'Intérieur, 1995

ANONYME. OCRTIS. Usage et trafic de stupéfiants : statistiques 1995, ministère de l'Intérieur, 1996

ANONYME. OCRTIS. Usage et trafic de stupéfiants : statistiques 1996, ministère de l'Intérieur, 1997

ANONYME. OCRTIS. Usage et trafic de stupéfiants : statistiques 1997, ministère de l'Intérieur, 1998

ANONYME. OCRTIS. Usage et trafic de stupéfiants : statistiques 1998, ministère de l'Intérieur, 1999

ANONYME. OCRTIS. Usage et trafic de stupéfiants : statistiques 1999, ministère de l'Intérieur, 2000c

ANONYME. Baromètre santé, enquête auprès des 12-75 ans, premiers résultats, CFES ed, 2000a

ANONYME. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (European monitoring centre for drugs and drugs addiction). The 2000 annual report on the State of drugs problem in the european union, 2000b

ANONYME. Drogues et dépendances : indicateurs et tendances de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanes. OFDT, rapport 2001, à paraître

ARENES J, JANVRIN MP, BAUDIER F. Baromètre santé jeunes 1997-1998, éd CFES. 1999

BACHMAN JG, JOHNSON LD, O'MALLEY PM. Explaining recent increases in students' marijuana use : impacts of perceived risks and disapproval, 1976 through 1996. *Am J Public Health* 1998, **88** : 887-892

BALLION R. Les conduites déviantes des lycéens. Centre d'analyse et d'intervention sociologiques, EHESS,CNRS, Observatoire français des drogues et des toxicomanies, avril 1999

BARRETT ME. Increases in marijuana use among eighth grade students in Texas. *Subst Use Misuse* 1999, **34** : 1647-1663

BAUDIER F, ARENES J. Baromètre santé adultes 1995-1996, éd CFES. 1997

BAUDIER F, DRESSEN CH, ALIAS F. Baromètre santé adultes 1992, éd CFES. 1994

BAUMAN A, PHONGSAVAN P. Epidemiology of substance use in adolescence : prevalence, trends and policy implications. *Drug Alcohol Depend* 1999, **55** : 187-207

BECK F, LEGLEYE S, PERETTI-WATEL P. Regards sur la fin de l'adolescence : consommations de produits psychoactifs dans l'enquête ESCAPAD 2000. Observatoire Français des drogues et des toxicomanies, 2000

BECK F, PERETTI-WATEL P. EROPP 99. Représentations, opinions et perceptions relatives aux psychotropes. OFDT, 2000

- BECK F. Les Français et les drogues : perceptions, opinions, attitudes. 1988-1998. *Tendances* mai 1999, Observatoire français des drogues et des toxicomanies
- BOBASHEV GV, ANTHONY JC. Clusters of marijuana use in the United States. *Am J Epidemiol* 1998, **148** : 1168-1174
- BOEKHOUT VAN SOLINGE T. Cannabis in France. Cannabis policy, criminal law and human rights. Bremen University. CEDRO eds, 1995 : 1-8
- BOTVIN GJ. Preventing drug abuse in schools : social and competence enhancement approaches targeting individual-level etiologic factors. *Addict Behav* 2000, **25** : 887-897
- BOUARD I. Aléas. Alcool, cannabis, ecstasy chez les 18-25 ans en Centre Bretagne : enquête exploratoire. 1999, 40 p
- BOURQUE LB, TASHKIN DP, CLARK VA, SCHULER R. Demographic and health characteristics of heavy marijuana smokers in Los Angeles County. *Int J Addict* 1991, **26** : 739-755
- BRAUN BL, TEKAWA IS, GERBERICH SG, SIDNEY S. Marijuana use and medically attended injury events. *Ann Emerg Med* 1998, **32** : 353-360
- BROOK JS, WHITEMAN M, FINCH SJ, MOROJELE NK, COHEN P. Individual latent growth curves in the development of marijuana use from childhood to young adulthood. *J Behav Med* 2000, **23** : 451-464
- CHABROL H, CALLAHAN S, FREDAGUE N. Cannabis use by French adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000, **39** : 400-401
- CHOQUET M, LEDOUX S. Enquête santé des adolescents 1993. INSERM éd. Paris, 1994
- CHOQUET M, GREMY I, LAGADIC C. Do adolescents of the Parisian suburbs take more drugs than others ? *Rev Epidemiol Sante Publique* 1998, **46** : 183-192
- CHOQUET M, LEDOUX S, HASSLER C, BECK F, PERETTI-WATEL P. Consommations de substances psychoactives chez les 14-18 ans scolarisés : premiers résultats de l'enquête ESPAD 1999, évolution 1993-1999. *Tendances* 2000, **6** : 1-4
- CHOQUET M, HASSLER C, LEDOUX S. Alcool, tabac, cannabis et autres drogues illicites parmi les élèves des collèges et lycées. ESPAD 1999, France. Rapport Inserm/OFDI 2001, à paraître
- COHEN P, SAS A. Cannabis use, a stepping stone to other drugs ? The case of Amsterdam. CEDRO éd, 1996, 23 p
- COHEN P, SAS A. Patterns of cannabis use in Amsterdam among experienced cannabis users. CEDRO éd, 1997 : 1-12
- COHEN PDA. Monitoring cannabis use : a case study. In : Cannabis use in Amsterdam. CEDRO éd, 1997
- DAVIDSON F, CHOQUET M. Les lycéens et les drogues licites et illicites. Inserm éd, 1980
- DE PERETTI C. High school students in hard suburbs and illicit drugs. *Santé Publique* 1998, **10** : 313-327
- DEGENHARDT L, LYNSKEY M, HALL W. Cohort trends in the age of initiation of drug use in Australia. *Aust NZ J Public Health* 2000, **24** : 421-426

- EMBERSIN C, GRÉMY I. Les conduites à risque chez les jeunes Franciliens : exploitation régionale du Baromètre santé. Rapport de L'ORS Ile-de-France, 2000
- FENDRICH M, YUN SOO KIM J. Multiwave analysis of retest artifact in the National longitudinal survey of youth drug use. *Drug Alcohol Depend* 2001, **62** : 239-253
- FERGUSON DM, LYNSKEY MT, HORWORD LJ. Patterns of cannabis use among 13-14 year old New Zealanders. *NZ Med J* 1993, **106** : 247-250
- FINKE L, WILLIAMS J. Alcohol and drug use of inter-city versus rural school age children. *J Drug Educ* 1999, **29** : 279-291
- FORSYTH AJM, ALASDAIRE JM, BARNARD M. Contrasting levels of adolescent drug use between adjacent urban and rural communities in Scotland. *Addiction* 1999, **94** : 1707-1718
- HALIKAS JA, WELLER RA, MORSE CL, HOFFMAN RG. Regular marijuana use and its effect on psychosocial variables : A longitudinal study. *Compr Psychiatry* 1983, **24** : 229-235
- HALL W, SWIFT W. The THC content of cannabis in Australia : evidence and implications. *Aust NZ J Public Health* 2000, **24** : 503-508
- HAMMER T, VAGLUM P. Further course of mental health and use of alcohol and tranquilizers after cessation or persistence of cannabis use in young adulthood : a longitudinal study. *Scand J Soc Med* 1992, **20** : 143-150
- HAMMER T, VAGLUM P. Users and nonusers within a high risk milieu of cannabis use. A general population study. *Int J Addict* 1991, **26** : 595-604
- HICKMAN M, COX S, HARVEY J, HOWES S, FARRELL M et coll. Estimating the prevalence of problem drug use in inner London : A discussion of three capture-recapture studies. *Addiction* 1999, **94** : 1653-1662
- JESSOR R, DONOVAN JE, COSTA F. Psychosocial correlates of marijuana use in adolescence and young adulthood : The past as prologue. *Alcohol, Drugs & Driving* 1986, **2** : 31-49
- JOHNSON RA, GERSTEIN DR. Initiation of use of alcohol, cigarettes, marijuana, cocaine, and other substances in US birth cohorts since 1919. *Am J Public Health* 1998, **88** : 27-33
- KANDEL D, CHEN K, WARNER LA, KESSLER RC, GRANT B. Prevalence and demographic correlates of symptoms of last year dependence on alcohol, nicotine, marijuana and cocaine in the U.S. population. *Drug Alcohol Depend* 1997, **44** : 11-29
- KOHN L, PIETTE D. Cannabis consumption in young people living in Brussels : observational conclusions drawn from a preliminary study. *Sante Publique* 1997, **9** : 463-474
- KONINGS E, DUBOIS-ARBER F, NARRING F, MICHAUD PA. Identifying adolescent drug users : results of a national survey on adolescent health in Switzerland. *J Adolesc Health* 1995, **16** : 240-247
- KONTULA O. The prevalence of drug use with reference to problem use in Finland. *Int J Addict* 1995, **30** : 1053-1066
- LALINEC MICHAUD M, SUBAK ME, GHADIRIAN AM, KOVESH V. Substance misuse among native and rural high school students in Quebec. *Inter J Addictions* 1991, **26** : 1003-1012



- LEX BW, GRIFFIN ML, MELLO NK, MENDELSON JH. Alcohol, marijuana, and mood states in young women. *Int J Addictions* 1989, **24** : 405-424
- LYNSKEY M, WHITE V, HILL D, LETCHER T, HALL W. Prevalence of illicit drug use among youth : results from the Australian School Students' Alcohol and Drugs Survey. *Aust NZ J Public Health* 1999, **23** : 519-524
- LYNSKEY MT, FERGUSON DM, HORWOOD LJ. The origins of the correlations between tobacco, alcohol, and cannabis use during adolescence. *J Child Psychol Psychiatry* 1998, **39** : 995-1005
- MARTINEZ JM, DEL RIO MC, LOPEZ N, ALVAREZ FJ. Illegal drug-using trends among students in a spanish university in the last decade (1984-1994). *Subst Use Misuse* 1999, **34** : 1281-1297
- MCBROOM JR. Correlates of alcohol and marijuana use among junior high school students : family, peers, school problems, and psychosocial concerns. *Youth Society* 1994, **26** : 54-68
- MCGEE R, FEEHAN M. Cannabis use among New Zealand adolescents. *NZ Med J* 1993, **106** : 345
- MERRILL JC, KLEBER HD, SHWARTZ M, LIU H, LEWIS SR. Cigarettes, alcohol, marijuana, other risk behaviors, and american youth. *Drug Alcohol Depend* 1999, **56** : 205-212
- MILLER PM, PLANT M. Drinking, smoking, and illicit drug use among 15 and 16 year olds in the United Kingdom. *Br Med J* 1996, **313** : 394-397
- MILLER WR, TOSCOVA RT, MILLER JH, SANCHEZ V. A theory-based motivational approach for reducing alcohol/drug problems in college. *Health Educ Behav* 2000, **27** : 744-759
- NAHAS G. Frequency of cannabis use by adolescents : distribution conforming to the Ledermann model. *Bull Acad Natl Med* 1982, **166** : 509-513
- NEWBURY-BIRCH D, WHITE M, KAMALI F. Factors influencing alcohol and illicit drug use among medical students. *Drug Alcohol Depend* 2000, **59** : 125-130
- NOVINS DK, MITCHELL CM. Factors associated with marijuana use among American Indian adolescents. *Addiction* 1998, **93** : 1693-1702
- OGBORNE AC, SMART RG, ADLAF EM. Self-reported medical use of marijuana : a survey of the general population. *Cmaj* 2000, **162** : 1685-1686
- OGBORNE AC, SMART RG. Cannabis users in the general Canadian population. *Subst Use Misuse* 2000, **35** : 301-311
- PALLE C, TELLIER S. Les usagers de drogues pris en charge par le système de soins en novembre 1997. *Études et résultats* **59**, DREES, avril 2000
- PAPE H, HAMMER T, VAGLUM P. Are « traditional » sex differences less conspicuous in young cannabis users than in other young people ? *J Psychoactive Drugs* 1994, **26** : 257-263
- PATTON GC, HIBBERT M, ROSIER MJ, CARLIN JB, CAUST J, BOWES G. Patterns of common drug use in teenagers. *Aust J Public Health* 1995, **19** : 393-399
- PEDERSEN W, MASTEKAASA A, WICHSTROM L. Conduct problems and early cannabis initiation : a longitudinal study of gender differences. *Addiction* 2001, **96** : 415-431

- PERKONIGG A, LIEB R, HOFLER M, SCHUSTER P, SONNTAG H, WITTCHEN HU. Patterns of cannabis use, abuse and dependence over time : incidence, progression and stability in a sample of 1 228 adolescents. *Addiction* 1999, **94** : 1663-1678
- PERKONIGG A, LIEB R, WITTCHEN HU. Prevalence of use, abuse and dependence of illicit drugs among adolescents and young adults in a community sample. *Eur Addict Res* 1998, **4** : 58-66
- PERRY SM. Lesbian alcohol and marijuana use : Correlates of HIV risk behaviors and abusive relationships. *J Psychoactive Drugs* 1995, **27** : 413-419
- POULTON R. Cannabis use in young New Zealanders. *NZ Med J* 1997, **110** : 279
- REILLY D, DIDCOTT P, SWIFT W, HALL W. Long-term cannabis use : characteristics of users in an Australian rural area. *Addiction* 1998, **93** : 837-846
- ROBERTSON JR, MILLER P, ANDERSON R. Cannabis use in the community. *Br J Gen Pract* 1996, **46** : 671-674
- ROGERS S, GRIBBLE J, TURNER CH, MILLER H. Entretiens autoadministrés sur ordinateurs et mesure des comportements sensibles. *Population* 1999, **54** : 231-250
- ROYO-BORDONADA MA, CID-RUZAF A J, MARTIN-MORENO JM, GUALLAR E. Drug and alcohol use in Spain : consumption habits, attitudes and opinions. *Public Health* 1997, **111** : 277-284
- SHELDON T. Cannabis use falls among dutch youth. *Br Med J* 2000, **321** : 655A
- SIDNEY S, BECK JE, TEKAWA IS, QUESENBERRY CP, FRIEDMAN GD. Marijuana use and mortality. *Am J Public Health* 1997, **87** : 585-590
- SMART RG, OGBORNE AC, NEWTON TAYLOR B. Drug abuse and alcohol problems among cocaine abusers in an assessment/referral service. *Br J Addiction* 1990, **85** : 1595-1598
- SMART RG, OGBORNE AC. Drug use and drinking among students in 36 countries. *Addict Behav* 2000, **25** : 455-460
- SWIFT W, HALL W, TEESSON M. Cannabis use and dependence among Australian adults : results from the National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Addiction* 2001, **96** : 737-748
- WEBB E, ASHTON H, KELLY P, KAMALI F. Patterns of alcohol consumption, smoking and illicit drug use in British university students : interfaculty comparisons. *Drug Alcohol Depend* 1997, **47** : 145-153
- WELLS JE. Cannabis uses in young New Zealanders. *NZ Med J* 1997, **110** : 174-175
- WINNAIL SD, VALOIS RF, MCKEOWN RE, SAUNDERS RP, PATE RR. Relationship between physical activity level and cigarette, smokeless tobacco, and marijuana use among public high school adolescents. *J Sch Health* 1995, **65** : 438-442
- WRIGHT JD, PEARL L. Knowledge and experience of young people regarding drug abuse, 1969-89. *BMJ* 1990, **300** : 99-103
- ZOCCOLILLO M, VITARO F, TREMBLAY RE. Problem drug and alcohol use in a community sample of adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999, **38** : 900-907