



CONSOMMATION DE CANNABIS EN ÎLE-DE-FRANCE

RÉSULTATS DU BAROMÈTRE DE SANTÉ PUBLIQUE FRANCE 2017

La France arrive en tête des pays européens pour l'expérimentation et l'usage de cannabis chez les adultes (au cours de l'année) et chez les 15-16 ans (au cours du mois) [1,2]. Les risques délétères de sa consommation en font une question de santé publique. Les discussions autour de la réponse publique à apporter à ce phénomène traduisent sa complexité et nous conduisent à décrire les différents usages [3-6].

Réalisé à la demande du Conseil régional et de l'Agence régionale de santé, ce travail propose, à partir des données du Baromètre 2017 de Santé publique France, une analyse régionale des consommations de cannabis et des déterminants socio-professionnels, de genre, de territoire ainsi que des facteurs associés tels que les épisodes dépressifs caractérisés ou les événements de vie.

Il s'inscrit dans un ensemble d'études menées par l'Observatoire régional de santé Île-de-France (ORS) sur les conduites addictives des Franciliens [7-9].

Ces éléments pourront contribuer à développer une stratégie de prévention de l'usage de cannabis.

Auteurs : Alexandre Brudon, Alexandre Lesage, Catherine Embersin-Kyprianou
Directrice de publication : Isabelle Grémy

SOMMAIRE

- 2 Introduction
- 3 Les effets d'une consommation de cannabis
- 4 Les principaux indicateurs utilisés
- 5 Résultats
- 5 Niveaux de consommation
- 7 Genre et cannabis
- 9 Age et cannabis
- 11 Consommation dans les départements franciliens
- 12 Caractéristiques socio-économiques et cannabis
- 17 Repérage de l'usage problématique et de la dépendance au cannabis
- 18 Consommation de cannabis et événements de vie
- 20 Épisodes dépressifs caractérisés et cannabis
- 22 Discussion - conclusion
- 30 Références

Introduction

Le cannabis est la substance illicite la plus diffusée en France, 44,8 % des adultes de 18 à 64 ans l'ont déjà expérimenté, contre 5,6 % pour la cocaïne et 5,0 % pour l'ecstasy (MDMA) en 2017 [10]. La prévalence de sa consommation a augmenté de façon très importante dans les années 1990 [1] et elle continue d'augmenter après une phase de plateau pour les adultes, tandis qu'elle est en recul chez les adolescents [1].

Ainsi, d'après les enquêtes Baromètre de santé publique France, en 2017, 44,8 % des personnes de 18-64 ans déclaraient avoir déjà expérimenté le cannabis contre 12,7 % en 1992 [10]. Cette hausse s'observe également pour l'usage au cours des douze derniers mois, qui est passé de 4,4 % en 1992 à 11,0% en 2017 et pour l'usage régulier, mesuré depuis 2000, passant de 1,9 % en 2000 à 3,6 % en 2017.

La consommation de cannabis est davantage prononcée chez les hommes que chez les femmes et cette différence par genre se vérifie pour tous les niveaux d'usage (5,4 % des hommes étaient usagers réguliers en 2017 en France contre 1,8 % des femmes) [10].

Si la consommation de cannabis s'est banalisée, elle masque d'importantes disparités en termes de risques d'addiction et corrélativement de risques sociaux et sanitaires, conditionnée par des déterminants socio-économiques. Les débats autour de sa légalisation ne doivent pas occulter l'importance de ses effets néfastes, surtout s'ils frappent avant tout les populations les plus vulnérables [11].

En effet, si l'expérimentation est plus fréquente parmi les personnes les plus favorisées, pour les usages plus élevés, l'écart de niveau entre les chômeurs et les actifs occupés tend à s'accroître [12] mais apparaît moins marqué que celui observé pour le tabagisme quotidien [13].

L'âge demeure la variable la plus discriminante, avec une population jeune qui reste plus souvent consommatrice, la consommation dans l'année concernant surtout les plus jeunes et diminuant avec l'âge [1,12]. Pourtant au niveau national, la consommation chez les adolescents apparaît marquée un repli entre 2014 et 2017 mais demeure préoccupante puisque 39,1 % des jeunes de 17 ans en France déclaraient avoir expérimenté le cannabis et 31,3 % en avoir consommé dans les 12 derniers mois [14].

En Île-de-France, les travaux de l'ORS concernant les jeunes de 15 à 25 ans indiquent une stabilité des consommations entre 2005 et 2016 [15,16].

Afin d'avoir un panorama complet sur les consommations de substances psychoactives, il était nécessaire, dans le prolongement de ces travaux sur les jeunes, d'étudier les niveaux de consommation en population adulte à partir des données du Baromètre 2017 de Santé publique France.

À cet effet, cette étude propose une analyse de la consommation de cannabis dans la région et de ses facteurs associés. Celle-ci contribue à donner des clés aux décideurs pour mettre en œuvre une prévention ciblée auprès des populations à risque. Elle complète les différentes études effectuées par l'ORS à partir des Baromètres de Santé publique France sur le tabac [8,17], l'alcool [9] et les addictions chez les jeunes [7].

Les effets d'une consommation de cannabis

Le cannabis est le nom générique de la plante consommée sous forme d'herbe (marijuana), de résine (haschisch) et plus rarement d'huile. L'espèce de cannabis la plus répandue est le *Cannabis Sativa* (chanvre indien) et ses effets psychoactifs sont essentiellement dus au delta-9-tetrahydrocannabinol (Δ^9 -THC), qui agit sur le circuit de la dopamine, circuit de la récompense.

Le cannabis possède des effets euphorisants, désinhibants et relaxants. À court terme, le cannabis altère la perception, l'attention et la mémoire (ivresse canabique). Cette ivresse constitue un risque lorsqu'elle est associée à des travaux manuels ou à la conduite automobile. Le risque d'accident de la route est multiplié par deux lorsque le conducteur est sous l'emprise du cannabis [18] et par 11 à 14 lorsque le cannabis est associé à l'alcool [1]. À long terme, l'usage régulier de cannabis peut entraîner une altération des performances cognitives avec notamment des troubles de la mémoire, des troubles des fonctions exécutives et des difficultés attentionnelles altérant les apprentissages. Lorsqu'il entraîne par ailleurs une indifférence affective, un désinvestissement des relations sociales, une baisse des performances au travail ou à l'école, l'ensemble de ce tableau est qualifié de « syndrome amotivationnel ».

Sur le plan psychiatrique, les études montrent une association entre usage de cannabis et troubles psychiques [19] dont les troubles anxieux. L'usage régulier peut précipiter l'entrée dans la schizophrénie chez les sujets vulnérables. Ce risque est d'autant plus fort que les consommations sont précoces, que le THC est concentré et qu'il existe des antécédents familiaux de schizophrénie. Mais il peut également aggraver un trouble bipolaire. Par ailleurs, le risque de dépression est accru chez les personnes consommant du cannabis.

Sur le plan somatique, le cannabis présente des risques liés à son usage avec le tabac (cancer, bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), syndrome coronarien) et des risques propres en cours d'exploration (emphysème, distension pulmonaire, maladie de Buerger) [20]. Sa consommation favorise également la survenue d'infarctus du myocarde et d'accidents vasculaires cérébraux (AVC).

Face à l'avancée de la précocité de l'âge de l'expérimentation, à l'augmentation des concentrations en THC des produits, à la progression constante de sa consommation et notamment des consommations à risque de dépendance, l'enjeu de santé publique est grand.



Image par MurrPhoto de

Les principaux indicateurs utilisés dans l'étude

Niveaux de consommation du cannabis

Pour décrire les usages de cannabis, la nomenclature proposée par l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT) a été utilisée.

- Expérimentation : au moins une consommation de cannabis au cours de la vie,
- Usage actuel : au moins une consommation au cours des 12 derniers mois,
- Usage récent : au moins une consommation de cannabis au cours des 30 derniers jours,
- Usage régulier : au moins 10 usages au cours des 30 derniers jours,
- Usage quotidien : au moins 30 usages au cours des 30 derniers jours.

Indicateurs de territoire

L'objectif de l'étude était, d'une part d'estimer les niveaux d'usage de cannabis des Franciliens, d'autre part de caractériser cette consommation au regard des consommations dans d'autres territoires hors Île-de-France.

Afin de tenir compte du facteur d'urbanité, le territoire non francilien a été distingué en deux ensembles, un ensemble appelé province urbaine, comprenant les communes de 20 000 habitants ou plus et un ensemble dénommé province rurale, comprenant les communes rurales et les communes de moins de 20 000 habitants.

Pour l'Île-de-France, en raison de la taille de l'échantillon et de la faible proportion de communes rurales ou de moins de 20 000 habitants hors agglomération parisienne (environ 10 %), la distinction rural/urbain n'a pas été faite. Toutefois, la comparaison entre les seuls Franciliens « urbains » et les habitants de province urbaine montrent des résultats similaires à ceux comparant l'Île-de-France et la province urbaine.

Indicateur de revenus

Afin de pouvoir comparer des niveaux de vie des ménages ayant des tailles différentes, les revenus pris en compte sont ceux du foyer par unité de consommation (UC). On attribue une UC au premier adulte du ménage, 0,5 pour les autres personnes de 14 ans et plus et 0,3 UC pour les enfants de moins de 14 ans. Cette échelle d'équivalence (dite de l'OCDE) tient compte des économies d'échelle au sein du ménage. En effet, les besoins d'un ménage ne s'accroissent pas en stricte proportion de sa taille. Lorsque plusieurs personnes vivent ensemble, il n'est

pas nécessaire de multiplier tous les biens de consommation (en particulier les biens de consommation durables) par le nombre de personnes pour garder le même niveau de vie. (source : Insee [en ligne] <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1802>).

La population a ensuite été répartie en trois terciles, le premier tercile correspondant au tiers le moins rémunéré, le troisième tercile au tiers le plus rémunéré.

Indicateur de niveau de diplôme

La littérature ayant montré la forte association entre les conduites à risque et le niveau d'éducation, l'indicateur de niveau de diplôme a été utilisé.

Pour rendre les analyses opérationnelles (en limitant le nombre de catégories différentes mais aussi en regroupant des catégories qui pouvaient avoir un sens sociologique), le niveau de diplôme le plus élevé a été pris en considération et les trois catégories suivantes ont été retenues :

- les personnes sans diplôme ou d'un niveau inférieur au baccalauréat (certificat d'études primaires, CAP, brevet des collèges, BEPC, BEP)
- les personnes ayant un niveau baccalauréat ou équivalent : brevet professionnel ou de technicien, BEA, BEC, BEI, BEH, capacité en droit, baccalauréat d'enseignement technique ou professionnel, baccalauréat d'enseignement général,
- les personnes ayant un niveau supérieur au baccalauréat : bac+2 (Deug, DUT, BTS), bac+3 (Licence, DEUST, diplôme des professions sociales ou de la santé, d'infirmiers/infirmières), bac+4 (maîtrise, master1), bac+5 ou plus (DEA, DESS, master2, MBA, doctorat, médecine, pharmacie, dentaire, diplôme d'ingénieur, d'une grande école, doctorat, etc.).

Indicateur de situation professionnelle

Outre le niveau de revenus et le niveau d'éducation, l'indicateur de situation professionnelle de l'interviewé a montré un lien avec les conduites addictives est. Ici, trois grande catégories ont été distinguées : les personnes en emploi (actifs occupés), les personnes en recherche d'emploi (actifs au chômage), les inactifs. Cette dernière catégorie est très hétérogène pour une population de 18-64 ans car elle regroupe à la fois les étudiants et les retraités. Aussi, la catégorie des étudiants a-t-elle été distinguée, pour les analyses spécifiques sur les prévalences des différents niveaux de consommation selon la situation professionnelle, la consommation de cannabis étant en effet très variable selon l'âge.

Résultats

Niveaux de consommation

En Île-de-France, 44,3 % des personnes âgées de 18 à 64 ans déclarent avoir déjà consommé du cannabis au cours de la vie, proportion inférieure à celle de la province urbaine (47,9 %) et supérieure à celle de la province rurale (41,7 %) : l'hypothèse d'une diffusion du cannabis intermédiaire en Île-de-France par rapport à ces deux territoires est à nuancer, sachant que le lieu de résidence lors de l'expérimentation n'était pas nécessairement le même que l'actuel.

Des niveaux d'usage du cannabis en Île-de-France situés entre ceux de la province urbaine et ceux de la province rurale

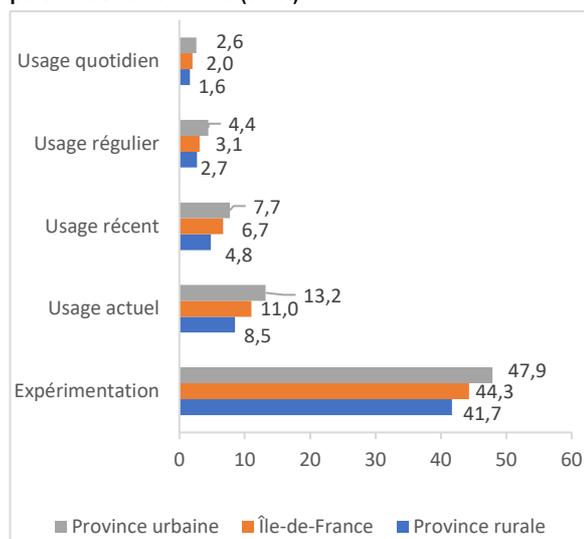
Les prévalences d'usage de cannabis en Île-de-France chez les personnes de 18-64 ans sont globalement supérieures à celles observées en province rurale et inférieures à celles en province urbaine. Mais les différences ne sont pas toujours significatives selon les niveaux d'usage. Ainsi, les proportions d'usagers actuels et d'usagers récents sont significativement inférieures en Île-de-France à celles observées en province urbaine et les proportions d'usagers actuels et d'usagers récents sont significativement supérieures en Île-de-France par rapport à celles de la province rurale (Figure 1). Il n'est pas mis en évidence de différence significative entre l'Île-de-France et la province rurale ou la province urbaine pour l'usage quotidien de cannabis.

En revanche, pour tous les usages, les prévalences observées en province urbaine sont significativement supérieures à celles de la province rurale.

Afin de vérifier si ces différences sont liées ou non à des différences de structures de population, des modèles de régression logistique ont été réalisés, en prenant en compte différents déterminants socio-démographiques dont on connaît l'association avec les conduites addictives (modèles non représentés ici) : le sexe, l'âge, le niveau de diplôme (trois catégories : inférieur au baccalauréat, baccalauréat ou équivalent, supérieur au baccalauréat), le niveau de reve-

nus (cf. Indicateurs), le statut professionnel (en emploi, inactif, au chômage) et le lieu de résidence (Île-de-France, province urbaine, province rurale). Après ajustement sur ces variables, le fait de résider en Île-de-France n'est pas associé à un risque plus élevé, par rapport à la province rurale, de consommer du cannabis, et cela quel que soit le niveau de consommation pris en compte parmi les cinq niveaux de consommation étudiés. En revanche, résider en province urbaine est associé à un risque plus élevé qu'en Île-de-France d'avoir expérimenté le cannabis (OR=1,25 [1,13-1,39]), avec la réserve que le lieu de résidence n'était pas le même qu'actuellement lors de l'expérimentation de cannabis ou d'en avoir consommé au cours des douze derniers mois (OR=1,21 [1,03-1,41]). Pour les autres niveaux de consommation, il n'y a pas de différence significative entre l'Île-de-France et la province urbaine, toutes choses égales par ailleurs.

Figure 1 : Prévalences des consommations par territoire, selon les cinq niveaux de consommation en 2017 chez les personnes de 18-64 ans (en %)



Source : Baromètre santé 2017, Santé publique France, exploitation ORS Île-de-France

La diffusion du cannabis s'est accrue, avec une proportion d'expérimentateurs qui est passée, en douze ans, de 35,5 % en 2005 à 44,3 % en 2017 en Île-de-France (Figure 2).

Augmentation de l'expérimentation, stabilité des consommations les plus élevées en Île-de-France

En ce qui concerne l'usage actuel (Figure 3), l'évolution entre 2005 et 2016 est significative, passant de 10,6 % à 13,0 % ($p < 0,01$) sur cette période, mais une baisse s'amorce à partir de 2016, avec une prévalence de 11,0 % en 2017, si bien que l'évolution 2005-2017 n'est pas significative. Les prévalences des usages récent, régulier et quotidien en 2017 ne diffèrent pas significativement de celles observées en 2005 (l'indicateur n'est pas disponible dans l'enquête de 2016).

Une progression moins marquée en Île-de-France par rapport à la province urbaine et à la province rurale

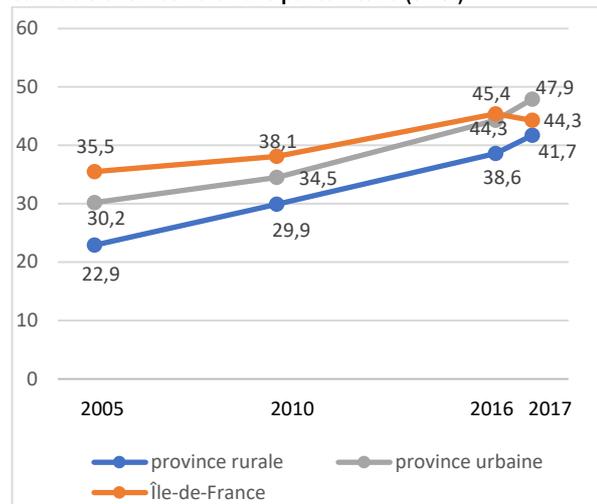
La diffusion du cannabis semble avoir été plus rapide en province urbaine et rurale qu'en Île-de-France, avec une proportion d'expérimentateurs d'abord plus élevée en Île-de-France en 2005, puis qui se situe à un niveau intermédiaire entre les deux territoires en 2017. La progression de la prévalence est ainsi de 19 points en province rurale, de 18 points en province urbaine et de 9 points en Île-de-France (augmentations statistiquement significatives dans les trois territoires). Cette tendance est toutefois à nuancer car les lieux de résidence ont pu changer entre 2005 et 2017.

Les prévalences des usages de cannabis en Île-de-France étaient, en 2005, significativement plus élevées que ceux de la province urbaine, que ce soit pour l'usage au cours de l'année, au cours du dernier mois, l'usage régulier ou quotidien. Ces niveaux de consommation étaient a fortiori plus élevés que ceux de la province rurale. Dans ces deux aires d'habitation, la progression de la consommation a été plus importante qu'en Île-de-France.

Cette hausse se confirme avec l'usage actuel qui a progressé de 3 points en province rurale et de 5 points en province urbaine (8,5% en 2017 contre 5,5 % en 2005 pour la province rurale et 13,2% en 2017 contre 8,3 % en 2005 pour la province urbaine).

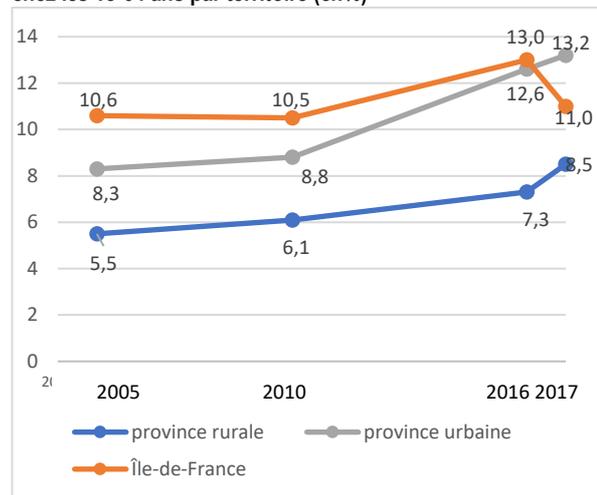
De même, les prévalences augmentent significativement entre 2005 et 2017 en province urbaine (plus 3,2 points pour l'usage récent, plus 2 points pour l'usage régulier, plus 1,2 point pour l'usage quotidien) ainsi qu'en province rurale (plus 1,8 point pour l'usage récent, plus 1,3 point pour l'usage régulier, plus 0,7 point pour l'usage quotidien).

Figure 2 : Evolution 2005-2017 de l'expérimentation de cannabis chez les 18-64 ans par territoire (en %)



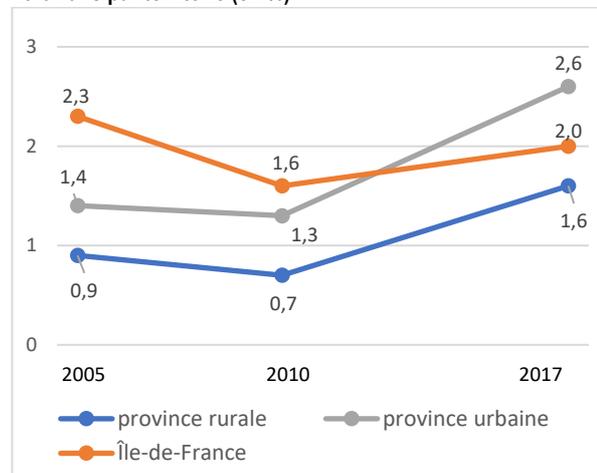
Sources : Baromètres santé 2005, 2010, 2016, 2017, Santé publique France, exploitation ORS Île-de-France

Figure 3 : Evolution 2005-2017 de l'usage actuel de cannabis chez les 18-64 ans par territoire (en %)



Sources : Baromètres santé 2005, 2010, 2016, 2017, Santé publique France, exploitation ORS Île-de-France

Figure 4 : Evolution 2005-2017 de l'usage quotidien chez les 18-64 ans par territoire (en %)



Sources : Baromètres santé 2005, 2010, 2016, 2017, Santé publique France, exploitation ORS Île-de-France

Genre et cannabis

Les niveaux des consommations sont toujours inférieurs chez les femmes que chez les hommes, avec un écart qui s'accroît lorsque l'usage s'intensifie. En Île-de-France, le niveau d'expérimentation chez les femmes (36,7 %) est inférieur de 30 % à celui des hommes (52,5 %), celui d'usage actuel inférieur de 48 % (7,6 % contre 14,7 %), d'usage récent de 61 % (3,8 % contre 9,8 %), d'usage régulier de 75 % (1,3 % contre 5,1 %) et d'usage quotidien de 79 % (0,7 % contre 3,4 %) (Figure 5).

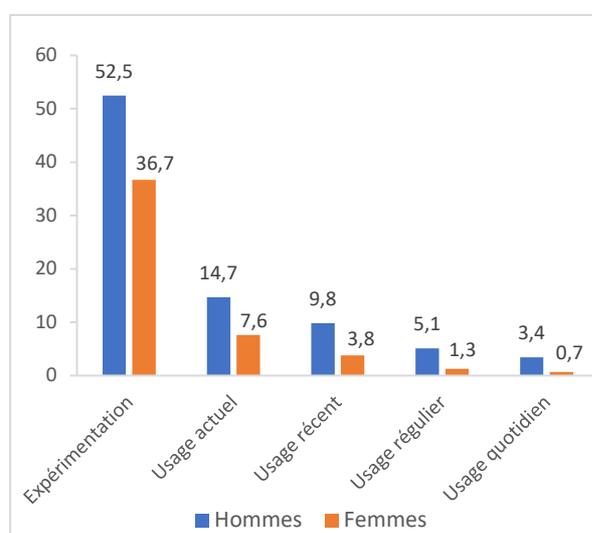
Une consommation moindre de cannabis chez les femmes, quel que soit le territoire. Une progression plus marquée des proportions d'expérimentation et d'usage actuel chez les femmes que chez les hommes

Ainsi, les Franciliennes sont nettement moins consommatrices que les Franciliens pour tous les niveaux de consommation.

En ajustant sur le niveau de revenus, le niveau de diplôme, l'activité professionnelle et l'âge (résultats non représentés ici), être une femme est un facteur protecteur pour la consommation de cannabis, quel que soit le niveau (OR=0,52 [0,44-0,61] pour l'expérimentation, OR=0,43 [0,33-0,67] pour la consommation dans l'année, OR=0,33 [0,23-0,47] pour la consommation dans le mois, OR=0,22 [0,13-0,38] pour la consommation régulière et OR=0,23 [0,11-0,45] pour la consommation quotidienne).

La prévalence de l'expérimentation de cannabis chez les Franciliens a progressé de 7,4 points en 2017 par rapport à 2005 ($p < 0,001$), soit une augmen-

Figure 5 : Prévalence par niveau de consommation et par sexe en Île-de-France en 2017 (en %)



Source : Baromètre santé 2017, Santé publique France, exploitation ORS Île-de-France

tation de 16 % (Figure 6). Chez les Franciliennes, la prévalence de l'expérimentation a progressé de 11,8 points entre 2005 et 2017, soit une augmentation de 47 % ($p < 0,000$).

Pour ce qui est de l'usage actuel (au cours des douze derniers mois), la prévalence de la consommation des Franciliennes a progressé de près de 3 points en 12 ans (7,6 % en 2017 contre 4,8 % en 2005, $p < 0,001$), soit une augmentation de 58 % tandis qu'elle est restée stable chez les Franciliens (15,9 % en 2005 et 14,7 % en 2017, différence non significative).

L'usage récent a augmenté aussi chez les Franciliennes, passant de 2,5 % à 3,8 % ($p < 0,033$), soit une augmentation de 52 %, tandis qu'il est resté stable chez les Franciliens.

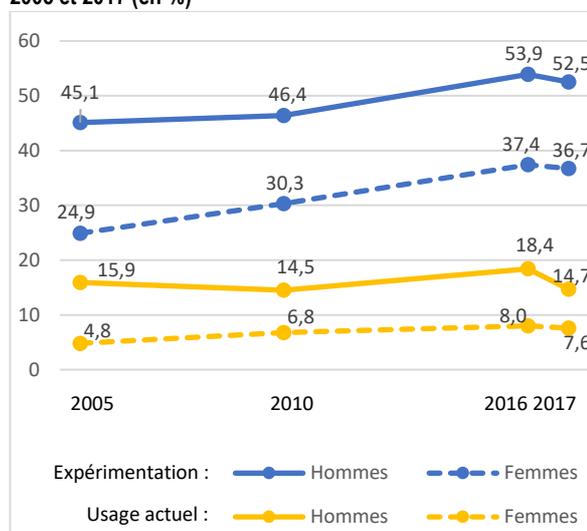
Les usages plus intenses (régulier et quotidien) n'ont en revanche pas significativement évolué, que ce soit chez les hommes ou chez les femmes.

Malgré tout, le niveau de consommation des Franciliens reste nettement supérieur à celui des Franciliennes.

L'île de France se situe entre la province rurale et urbaine pour l'expérimentation, les usages récent et actuel chez les hommes

Les Franciliens ont des niveaux d'expérimentation et d'usage actuel (respectivement 52,5 % et 14,7 %) supérieurs à ceux des hommes de province rurale (respectivement 49,1 %, $p < 0,047$ et 11,6 %, $p < 0,009$) (Figure 7). Mais ils demeurent inférieurs à ceux des hommes de province urbaine (respectivement 56,0 %, $p < 0,047$ et 18,4 %, $p < 0,008$).

Figure 6 : Evolution de l'expérimentation et de l'usage actuel chez les hommes et chez les femmes en Île-de-France entre 2005 et 2017 (en %)



Sources : Baromètres santé 2005, 2010, 2016, 2017, Santé publique France, exploitation ORS Île-de-France



La prévalence de l'usage récent des Franciliens (9,8 %) est supérieure à celle des hommes de province rurale (7,0 %, $p < 0,005$) mais n'est pas significativement distincte de celle des hommes de province urbaine (11,3 %, $p < 0,193$).

Les prévalences des usages réguliers et quotidiens des Franciliens (5,1 % et 3,4 %) ne sont significativement pas différentes de celles des hommes des deux autres territoires.

Chez les femmes, la prévalence de l'usage régulier plus faible en Île-de-France qu'en province urbaine, celle de l'usage actuel plus élevée qu'en province rurale

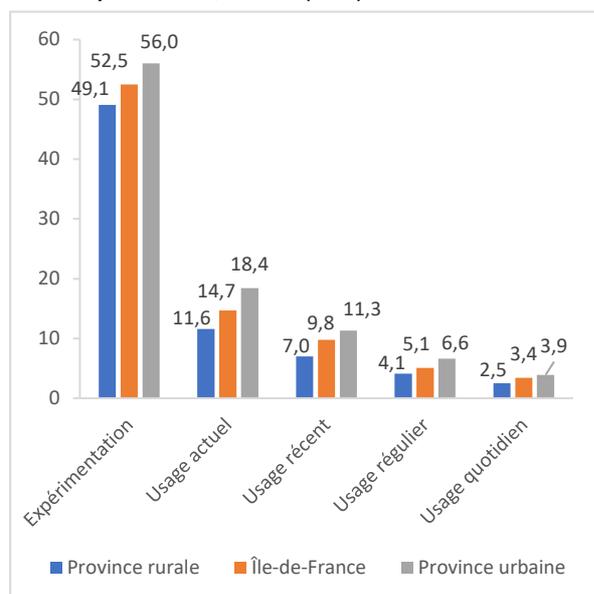
La proportion d'expérimentatrices en Île-de-France (36,7 %) est significativement inférieure à celle de la province urbaine (40,1 %, $p < 0,04$) mais comparable

à celle de la province rurale (34,5 %, $p < 0,167$) (Figure 8).

Pour les usages actuel (7,6 %), récent (3,8 %) et quotidien (0,7 %), les prévalences chez les Franciliennes ne sont pas significativement différentes de celles des femmes de province urbaine (Figure 8). En revanche, la prévalence de l'usage régulier en Île-de-France (1,3%) est significativement inférieure à celle de la province urbaine (2,3 %).

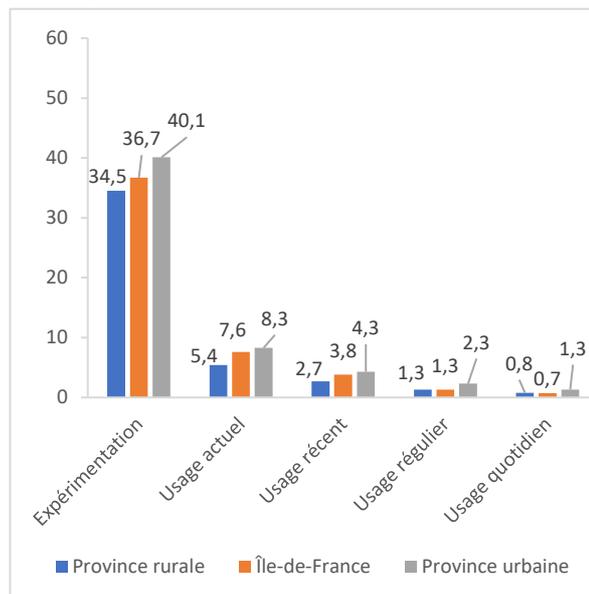
La comparaison avec la province rurale montre que les prévalences ne diffèrent pas significativement de celles de la province rurale pour les usages récent, régulier ou quotidien, tandis qu'un usage actuel de cannabis (usage au cours des douze derniers mois) est plus souvent déclaré en Île-de-France (7,6 %) qu'en province rurale (5,4 %, $p < 0,007$).

Figure 7 : Prévalence par niveau de consommation chez les hommes par territoire, en 2017 (en %)



Source : Baromètre santé 2017, Santé publique France, exploitation ORS Île-de-France

Figure 8 : Prévalence par niveau de consommation chez les femmes par territoire, en 2017 (en %)



Source : Baromètre santé 2017, Santé publique France, exploitation ORS Île-de-France

Age et cannabis

En Île-de-France, les proportions d'expérimentateurs dans les différentes classes d'âges montrent des niveaux plus élevés aux âges les plus jeunes (18-29 ans et 30-39 ans), par rapport aux personnes de 40 ans ou plus (Figure 9).

Les proportions les plus élevées d'expérimentateurs observées parmi les personnes de moins de 40 ans

En province urbaine et rurale, les courbes des niveaux d'expérimentation selon l'âge suivent le même profil, avec des proportions d'expérimentateurs plus élevées chez les personnes de 18-29 ans et de 30-39 ans (respectivement 59,1 % et 59,8 % en province urbaine et 56,8 % et 61,0 % en province rurale), qui diminuent ensuite pour atteindre 28,1 % des personnes de 50-64 ans en province urbaine et 23,6 % en province rurale.

Si la proportion d'expérimentateurs du cannabis en Île-de-France est globalement inférieure à celle de la province urbaine et supérieure à celle de la province rurale, certaines variations sont observées selon la catégorie d'âge. Avant 40 ans, la proportion d'expérimentateurs en Île-de-France est inférieure à celle de la province rurale et urbaine. À 40-49 ans, elle est toujours inférieure à celle de la province urbaine, mais comparable à celle de la province rurale. À partir de 50 ans, elle devient comparable à celle de la province urbaine mais supérieure à celle de la province rurale. La comparaison des deux provinces montre des proportions comparables avant 40 ans et inférieures en province rurale au-delà de 40 ans.

L'âge moyen d'initiation, déclaré par les Franciliens de 25 ans ou plus, diffère entre les plus âgés (21,9 ans pour les 55-59 ans) et les plus jeunes (17,9 ans pour les 25-29 ans), différence montrant un rajeunissement de l'âge d'initiation au cours du temps.

La proportion d'expérimentateurs a augmenté pour tous les âges entre 2005 et 2017 dans tous les territoires

La proportion d'expérimentateurs a augmenté pour toutes les catégories d'âge, entre 2005 et 2017, dans tous les territoires, avec une augmentation plus importante chez les plus âgés. En Île-de-France, chez les 18-29 ans, 50,8 % avaient expérimenté le cannabis en 2017 contre 44,4 % en 2005, à 40-49 ans, 44,5 % en 2017 contre 33,2 % en 2005 et à 50-64 ans, 31,3 % en 2017 contre 13,9 % en 2005. Cette augmentation est le reflet de l'augmentation mécanique des expérimentateurs, mais aussi d'une diffusion croissante du cannabis.

La proportion d'utilisateurs de cannabis a augmenté chez les 50-64 ans en Île-de-France entre 2005 et 2017 et chez les plus de 30 ans en province urbaine et rurale

Pour les usages actuel, récent et régulier, les évolutions entre 2005 et 2017 en Île-de-France montrent une augmentation significative chez les personnes de 50-64 ans tandis que les évolutions ne sont pas significatives pour les autres catégories d'âge. Pour l'usage quotidien, les évolutions ne sont pas significatives. En province urbaine et en province rurale, les consommations ont significativement augmenté entre 2005 et 2017 pour tous les usages aux différents âges, sauf chez les personnes de 18-29 ans, pour tous les usages en province rurale, et pour les usages régulier et quotidien en province urbaine.

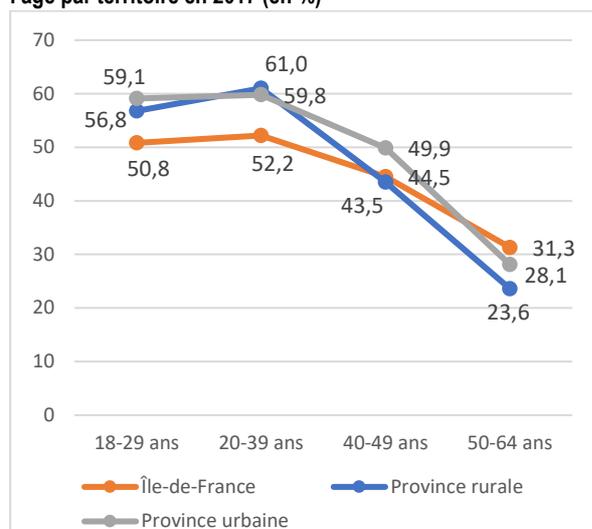
Les consommations actuelles, récentes, régulières et quotidiennes des Franciliens parmi les personnes de 18-29 ans (respectivement 24,1 %, 15,4 %, 7,4 % et 4,1 %) sont statistiquement supérieures à celles des classes d'âge supérieures.

Les usages actuels, récents, réguliers et quotidiens constituent un phénomène générationnel

Les usages décroissent fortement à partir de 30 ans (pour les personnes de 30-39 ans, les prévalences ne sont plus que de 11,0 % pour l'usage actuel, 5,9 % pour l'usage récent, 3,5 % pour l'usage régulier et 2,2 % pour l'usage quotidien). Au-delà de 50 ans, les usages restent très faibles, moins de 1 % pour les usages quotidien ou régulier, inférieur à 2 % pour l'usage récent et inférieur à 3 % pour l'usage actuel.

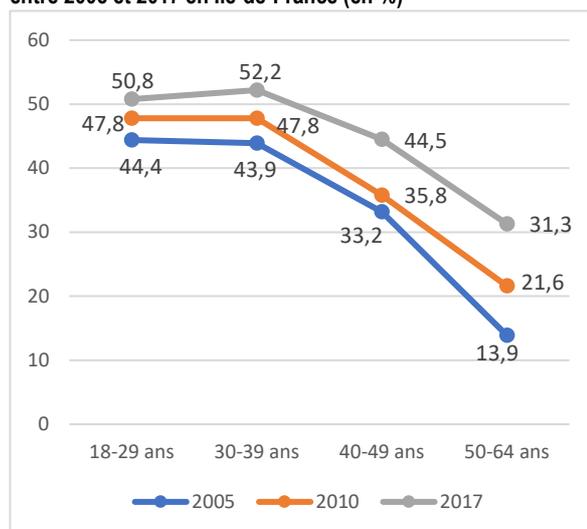
Des modèles de régression logistique réalisés sur la région francilienne, avec ajustement sur le sexe, l'âge, le niveau de diplôme, le revenu classé en terciles et le statut professionnel montrent que par rapport aux jeunes de 18-24 ans, l'âge est un facteur protecteur à partir de 25 ans pour l'usage actuel (usage dans l'année), à partir de 30 ans pour l'usage récent (usage au cours du dernier mois) et à partir de 35 ans pour les usages régulier et quotidien.

Figure 9 : Prévalence de l'expérimentation de cannabis selon l'âge par territoire en 2017 (en %)



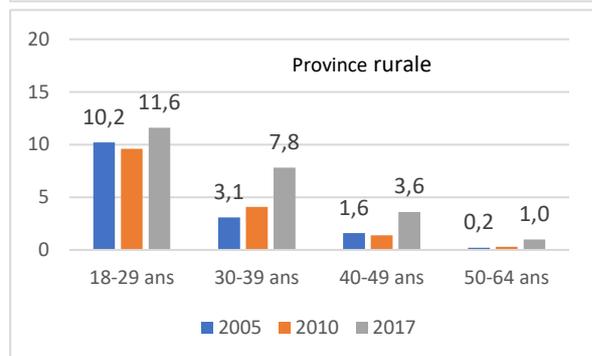
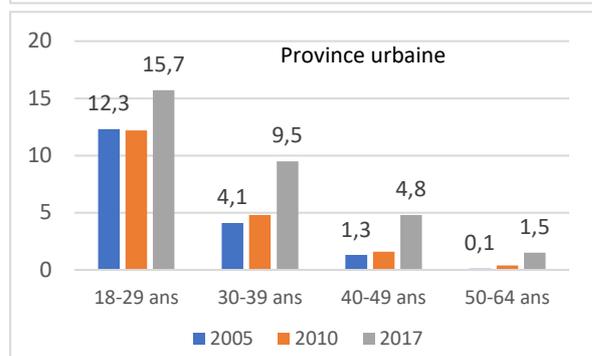
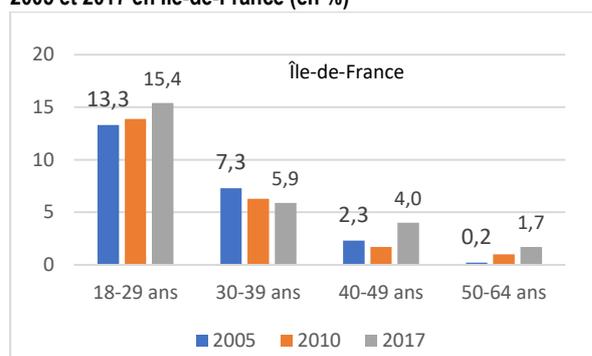
Source : Baromètre santé 2017, Santé publique France, exploitation ORS Île-de-France

Figure 10 : Evolution de l'expérimentation par classe d'âge entre 2005 et 2017 en Île-de-France (en %)



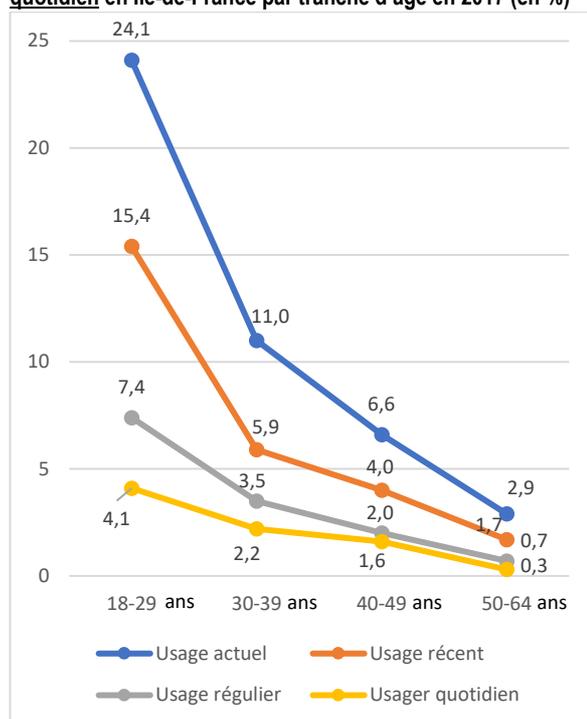
Sources : Baromètres santé 2005, 2010, 2016, 2017, Santé publique France, exploitation ORS Île-de-France

Figure 11 : Evolution de l'usage récent par classe d'âge entre 2005 et 2017 en Île-de-France (en %)



Sources : Baromètres santé 2005, 2010, 2016, 2017, Santé publique France, exploitation ORS Île-de-France

Figure 12 : Prévalence des usages actuel, récent, régulier et quotidien en Île-de-France par tranche d'âge en 2017 (en %)



Source : Baromètre santé 2017, Santé publique France, exploitation ORS Île-de-France

La consommation de cannabis dans les départements franciliens

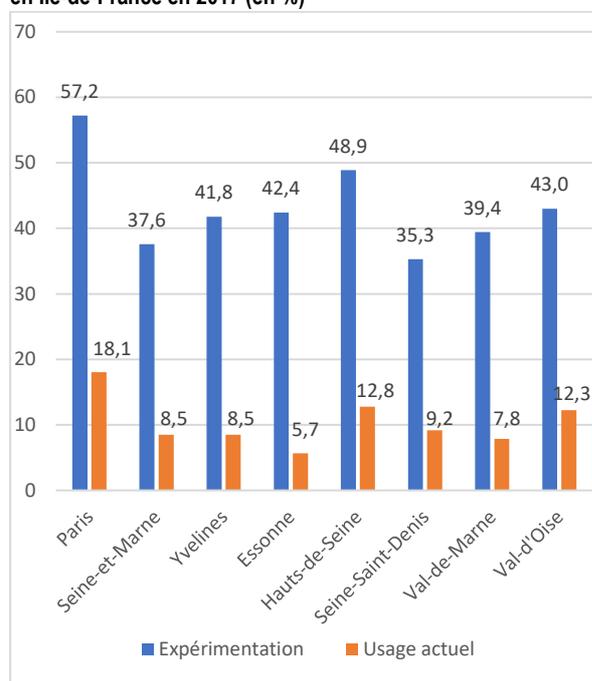
Des niveaux de diffusion du cannabis et d'usage actuel qui semblent plus élevés à Paris et dans les Hauts-de-Seine

La proportion d'expérimentateurs de cannabis de 18-64 ans au niveau infra-régional est significativement différente entre les différents départements ($p < 0,000$), avec une proportion particulièrement élevée à Paris (57,2%) (Figure 13). Le département des Hauts-de-Seine est celui ayant le deuxième taux le plus élevé (48,9%). A contrario, la Seine-Saint-Denis se distingue par le taux de prévalence de l'expérimentation le plus bas (35,3%), lequel est statistiquement différent de celui de Paris ($p < 0,001$). En ajustant ces niveaux de consommation dans des modèles de régression logistique les principales variables socio-démographiques (sexe, âge, diplôme, revenus, situation professionnelle), les résultats montrent que, par rapport au département de Paris, le fait de résider dans un autre département semblerait plutôt protecteur quant à l'expérimentation de

cannabis (OR compris entre 0,50 et 0,66, sauf pour le département des Hauts-de-Seine, pour lequel la probabilité d'avoir expérimenté le cannabis n'est pas différente de celle de Paris) (tableau 1).

La prévalence de l'usage actuel de cannabis varie selon les départements, la plus élevée étant à Paris (18,1%), supérieure à celle des Hauts-de-Seine (12,8%) et du Val-d'Oise (12,3%). La plus faible est observée en Essonne (5,7%). Les modèles de régression logistique (Tableau 1) montrent que les résidents des départements de Seine-et-Marne, des Yvelines, de l'Essonne, de Seine-Saint-Denis et du Val-de-Marne ont un risque significativement moins élevé que les Parisiens d'avoir consommé du cannabis au cours de l'année. Résider dans les Hauts-de-Seine ou dans le Val-d'Oise n'est pas associé à un risque plus élevé d'avoir consommé du cannabis (tests non significatifs). Les résultats des trois autres niveaux de consommation (usage récent, usage régulier et usage quotidien) n'ont pas pu être explorés compte tenu du manque de puissance des analyses par département.

Figure 13 : Prévalence de l'expérimentation et de l'usage actuel de cannabis chez les 18-64 ans selon les départements en Île-de-France en 2017 (en %)



Source : Baromètre santé 2017, Santé publique France, exploitation ORS Île-de-France

Tableau 1 : Consommation de cannabis dans les départements franciliens, OR ajustés¹, 2017 (en %)

	OR1	IC 95 %	p value
Expérimentation			
Paris	1		
Seine-et-Marne	0,50	0,36-0,70	0,000
Yvelines	0,56	0,42-0,76	0,000
Essonne	0,59	0,43-0,82	0,002
Hauts-de-Seine	0,79	0,59-1,05	0,101
Seine-St-Denis	0,50	0,36-0,68	0,000
Val-de-Marne	0,53	0,39-0,73	0,000
Val-d'Oise	0,66	0,47-0,93	0,018
Usage actuel			
Paris	1		
Seine-et-Marne	0,44	0,26-0,75	0,002
Yvelines	0,48	0,30-0,78	0,003
Essonne	0,33	0,19-0,56	0,000
Hauts-de-Seine	0,80	0,54-1,19	0,274
Seine-St-Denis	0,53	0,31-0,90	0,02
Val-de-Marne	0,43	0,26-0,71	0,001
Val-d'Oise	0,71	0,42-1,18	0,186

1. OR ajustés sur le sexe, l'âge, le niveau de diplôme, l'emploi, le tercile de revenus.

Source : Baromètre santé 2017, Santé publique France, exploitation ORS Île-de-France

Caractéristiques socio-économiques et cannabis

L'association entre l'expérimentation de cannabis et les déterminants socio-économiques est forte.

Ainsi, les personnes en emploi, au chômage ou les étudiants déclarent plus souvent avoir expérimenté le cannabis que les autres inactifs (retraités, personnes au foyer).

Plus le niveau de diplôme est élevé, plus le niveau d'expérimentation l'est : 35,6 % des personnes avec un diplôme inférieur au baccalauréat ou non diplômées ont expérimenté le cannabis, proportion inférieure à celle des bacheliers (43,2 %), elle-même inférieure à celle des diplômés du supérieur (52,1 %).

Plus le niveau de revenus est élevé, plus la proportion d'expérimentateurs l'est : 55,1 % des personnes du 3^e tercile ont expérimenté le cannabis contre 34,2 % pour le 1^{er} tercile et 46,4 % pour le 2^e tercile.

Une expérimentation du cannabis plus élevée chez les actifs, les étudiants, les personnes plus diplômées ou ayant des revenus plus élevés et en plus forte augmentation chez les Franciliens les plus favorisés et ceux en emploi

Toutes choses égales par ailleurs, les modèles de régression logistique mettent en avant que les personnes socialement favorisées (niveau de diplôme supérieur au baccalauréat, 2^e ou 3^e tercile de revenus) ont plus souvent expérimenté le cannabis que les autres (Tableau 2).

Le chômage, facteur de risque majeur de consommation de cannabis

Les étudiants et les personnes au chômage sont les plus nombreux à déclarer un usage actuel et récent de cannabis et pour les usages régulier et quotidien, les personnes au chômage ont les proportions les plus élevées, 8,7 % pour l'usage régulier (2,4 % pour les actifs occupés, 3,5 % pour les étudiants), 6,9 % pour l'usage quotidien (1,5 % pour les actifs occupés, 0,8 % pour les étudiants) (Figure 14). Les modèles de régression logistique (Tableau 2) confirment la probabilité plus élevée de consommation des personnes au chômage pour tous les usages, et celle des étudiants pour l'usage actuel. Ils montrent aussi le risque moins élevé d'usage quotidien des étudiants par rapport aux personnes en emploi.

Une association est observée entre le niveau de diplôme et l'usage actuel : les personnes de niveau inférieur au baccalauréat sont moins nombreuses que celles ayant le baccalauréat à avoir consommé du cannabis au cours de l'année, respectivement 8,4 % et 14,6 % et que celles diplômées du supérieur,

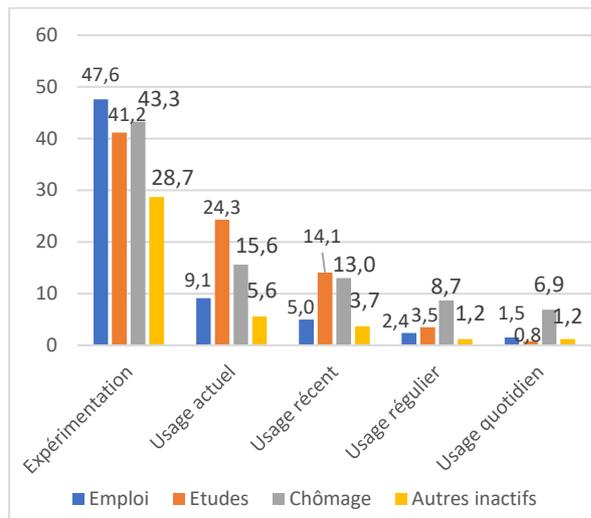
11,6 % (Figure 15). Les proportions ne diffèrent pas entre le niveau baccalauréat et le niveau supérieur. Pour les autres niveaux d'usage, les différences ne sont pas significatives avec le niveau de diplôme, sauf pour l'usage quotidien où les diplômés du supérieur ont une prévalence moindre que ceux ayant un diplôme inférieur au baccalauréat ou pas de diplôme. Avec le niveau de revenus, il n'y a pas de différence significative pour l'usage actuel. Pour les usages récent et régulier, les personnes aux revenus les plus élevés ont déclaré des consommations moindres : 4,6 % des personnes du 3^e tercile ont un usage récent de cannabis contre 8,0 % de celles du 1^{er} tercile et 7,3 % de celles du 2^e tercile, 1,9 % des personnes du 3^e tercile ont un usage régulier contre 3,4 % de celles du 1^{er} tercile et 4,4 % de celles du 2^e tercile (Figure 16). Pour l'usage quotidien, ce sont surtout les personnes du 2^e tercile qui sont les plus nombreuses à avoir une consommation quotidienne (2,8 %).

La proportion d'expérimentateurs en Île-de-France a progressé de 14 points entre 2005 et 2017 pour les Franciliens dont les revenus sont dans le 3^e tercile contre 11 points pour ceux du 2^e tercile mais n'est pas significative pour ceux du 1^{er} tercile (Figure 17). En province urbaine et rurale, les proportions d'expérimentateurs ont augmenté de manière bien plus importante, quel que soit le tercile de revenus.

Selon le niveau de diplôme, l'évolution de la proportion d'expérimentateurs est marquée, en Île-de-France, par une forte augmentation chez les personnes ayant le baccalauréat (de 34,9 % à 43,2 % entre 2005 et 2017) et chez celles ayant un niveau ou diplôme supérieur au baccalauréat (de 42,4 % à 52,1 % entre 2005 et 2017) (Figure 17). L'évolution n'est cependant pas significative pour les personnes dont le niveau est inférieur au baccalauréat. En province rurale ou urbaine, les proportions d'expérimentateurs ont augmenté plus fortement qu'en Île-de-France, en particulier pour ceux ayant les diplômes les plus faibles (103 % d'augmentation en province rurale et 70 % en province urbaine) et des augmentations qui varient de 40 % à 53 % pour les autres niveaux de diplôme en province rurale ou urbaine (résultats non représentés ici).

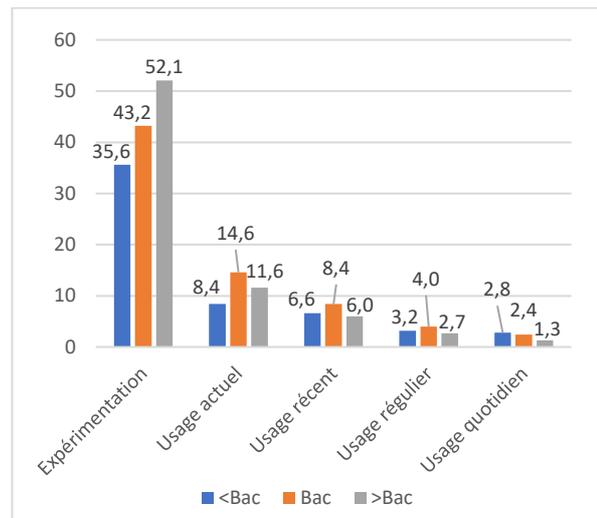
Entre 2005 et 2017, la proportion d'expérimentateurs de cannabis a augmenté, en Île-de-France, chez les personnes en emploi, passant de 38,5 % à 47,6 % et chez les inactifs, passant de 28,9 % à 34,7 % tandis qu'elle est restée stable chez celles au chômage, de 46,9 % à 43,3 %, différence non significative (résultats non représentés ici). En province urbaine et en province rurale, les évolutions sont encore plus marquées pour les personnes en emploi et inactives, avec des augmentations plus fortes que dans la région francilienne, tandis qu'elles ne sont pas significatives pour les personnes au chômage.

Figure 14 : Prévalence des niveaux d'usage par situation professionnelle en Île-de-France en 2017 (en %)



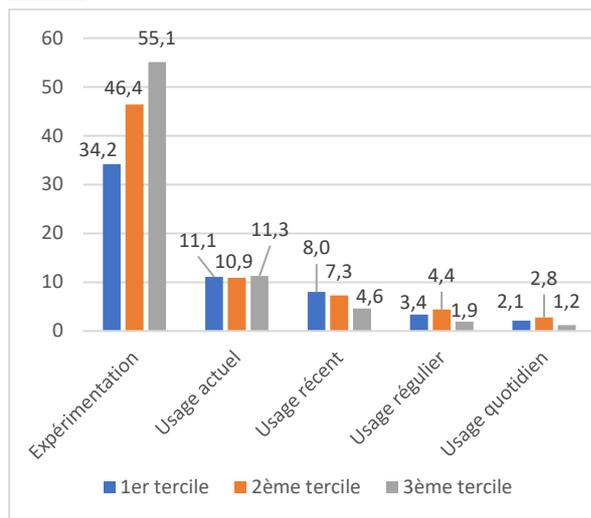
Source : Baromètre santé 2017, Santé publique France, exploitation ORS Île-de-France

Figure 15 : Prévalence des niveaux d'usage par niveau de diplôme en Île-de-France en 2017 (en %)



Source : Baromètre santé 2017, Santé publique France, exploitation ORS Île-de-France.

Figure 16 : Prévalence des niveaux d'usage par niveau de revenus en Île-de-France en 2017 (en %)



Source : Baromètre santé 2017, Santé publique France, exploitation ORS Île-de-France

Tableau 2 : Usages de cannabis et facteurs associés en Île-de-France en 2017 - modèles de régression logistique

	OR1 (IC 95 %)	p value
Expérimentation		
Diplôme < baccalauréat	1	
Baccalauréat ou niveau baccalauréat	1,08 (0,84-1,40)	0,536
> baccalauréat	1,31 (1,05-1,64)	0,016
1 ^{er} tercile de revenus	1	
2 ^e tercile de revenus	1,57 (1,24-2,01)	0,000
3 ^e tercile de revenus	2,21 (1,75-2,80)	0,000
NSP/refus	0,66 (0,44-0,97)	0,034
En emploi	1	
Au chômage	1,13 (0,83-1,54)	0,445
Etudiants	0,72 (0,50-1,02)	0,066
Autres inactifs	0,79 (0,59-1,08)	0,136
Usage actuel		
Diplôme < baccalauréat	1	
Baccalauréat ou niveau baccalauréat	1,12 (0,75-1,67)	0,584
> Bac	1,24 (0,86-1,79)	0,244
1 ^{er} tercile de revenus	1	
2 ^e tercile de revenus	1,15 (0,78-1,69)	0,492
3 ^e tercile de revenus	1,27 (0,86-1,87)	0,231
NSP/refus	0,55 (0,28-1,07)	0,079
En emploi	1	
Au chômage	1,81 (1,13-2,92)	0,014
Etudiants	1,56 (1,02-2,37)	0,038
Autres inactifs	1,26 (0,63-2,54)	0,513
Usage récent		
Diplôme < baccalauréat	1	
Baccalauréat ou niveau baccalauréat	0,87 (0,53-1,42)	0,573
> baccalauréat	1,02 (0,66-1,58)	0,928
1 ^{er} tercile de revenus	1	
2 ^e tercile de revenus	1,14 (0,71-1,82)	0,595
3 ^e tercile de revenus	0,71 (0,43-1,16)	0,172
NSP/refus	0,74 (0,37-1,51)	0,411
En Emploi	1	
Au chômage	2,32 (1,34-4,03)	0,003
Etudiants	1,31 (0,77-2,23)	0,311
Autres inactifs	1,32 (0,53-3,28)	0,554
Usage régulier		
Diplôme < baccalauréat	1	
Baccalauréat ou niveau baccalauréat	1,08 (0,53-2,21)	0,822
> baccalauréat	1,01 (0,52-1,95)	0,974
1 ^{er} tercile de revenus	1	
2 ^e tercile de revenus	1,77 (0,88-3,53)	0,107
3 ^e tercile de revenus	0,75 (0,33-1,69)	0,485
NSP/refus	0,88 (0,27-2,83)	0,825
En emploi	1	
Au chômage	3,33 (1,60-6,95)	0,001
Etudiants	0,61 (0,26-1,39)	0,237
Autres inactifs	1,08 (0,32-3,70)	0,899
Usage quotidien		
Diplôme < baccalauréat	1	
Baccalauréat ou niveau baccalauréat	0,78 (0,36-1,70)	0,537
> baccalauréat	0,50 (0,23-1,13)	0,096
1 ^{er} tercile de revenus	1	
2 ^e tercile de revenus	2,24 (0,95-5,28)	0,064
3 ^e tercile de revenus	1,19 (0,42-3,38)	0,737
NSP/refus	1,09 (0,24-4,83)	0,914
En emploi	1	
Au chômage	4,27 (1,82-10,08)	0,001
Etudiants	0,23 (0,07-0,77)	0,017
Autres inactifs	1,79 (0,46-6,93)	0,400

1. OR ajustés sur le sexe, l'âge, le niveau de diplôme, le tercile de revenus, la situation professionnelle..

Source : Baromètre santé 2017, Santé publique France, exploitation ORS Île-de-France

Stabilité de l'usage actuel en Île-de-France selon la situation professionnelle
Augmentation en province urbaine et rurale chez les personnes en emploi et les inactifs

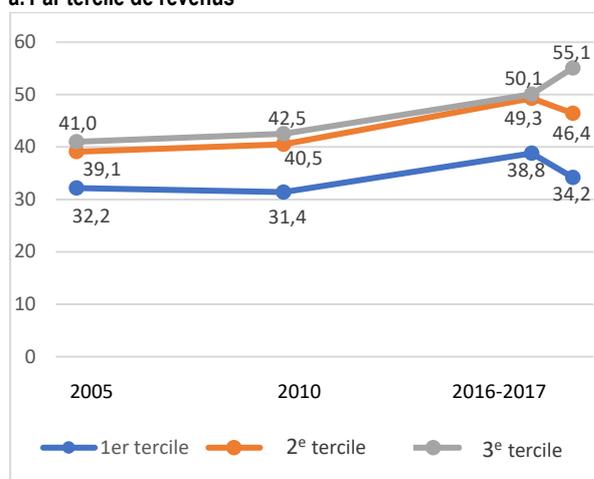
L'évolution de l'usage actuel de cannabis (au moins une consommation au cours des douze derniers mois) selon la situation professionnelle n'est pas significative en Île-de-France entre 2005 et 2017, que ce soit chez les personnes en emploi, chez les inactifs ou les personnes au chômage. En revanche, en province rurale et en province urbaine, la prévalence de l'usage actuel a augmenté chez les personnes en emploi et chez les inactifs tandis qu'elle est restée

stable chez les personnes au chômage.

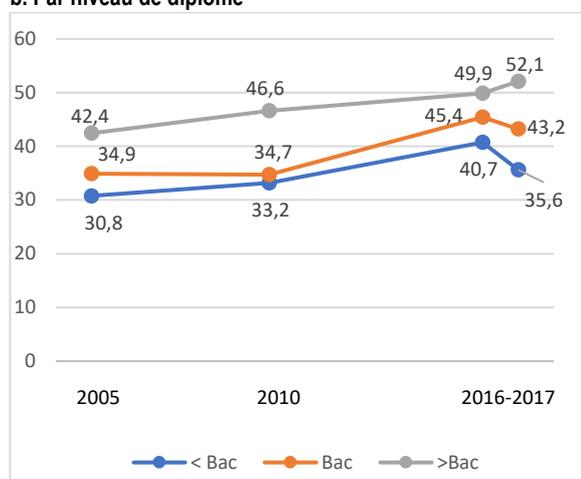
Par niveau de diplôme, aucune évolution n'est significative en Île-de-France entre 2005 et 2017, quel que soit le niveau de diplôme (Figure 19). Pour les personnes ayant le baccalauréat, une augmentation significative était observée entre 2005 et 2016 (de 11,2 % à 15,8 %), proportion qui a diminué ensuite. En province urbaine, la proportion de personnes ayant consommé du cannabis au cours des douze derniers mois a augmenté pour tous les niveaux de diplôme et en province rurale pour les personnes ayant le baccalauréat ou un niveau inférieur (résultats non représentés ici).

Figure 17 : Evolution 2005-2017 de l'expérimentation de cannabis en Île-de-France (en %)

a. Par tercile de revenus

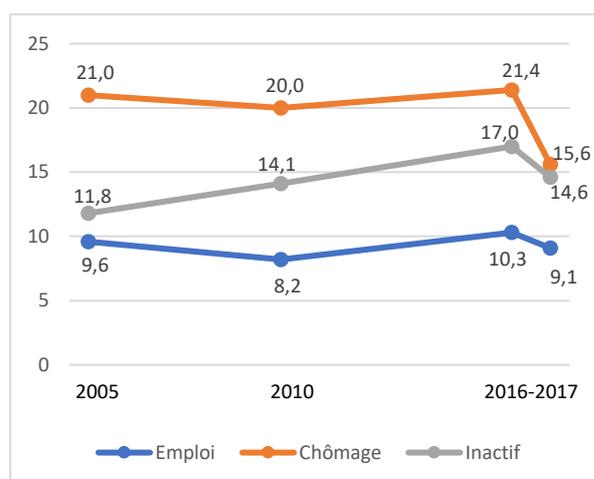


b. Par niveau de diplôme



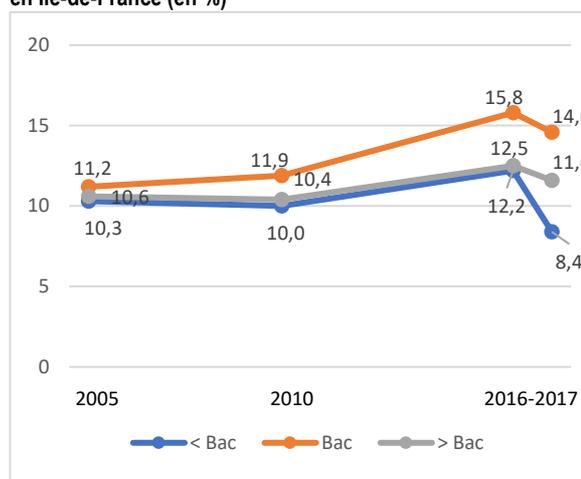
Sources : Baromètres santé 2005, 2010, 2016, 2017, Santé publique France, exploitation ORS Île-de-France

Figure 18 : Evolution 2005-2017 de l'usage actuel de cannabis selon la situation professionnelle en Île-de-France (en %)



Sources : Baromètres santé 2005, 2010, 2016, 2017, Santé publique France, exploitation ORS Île-de-France

Figure 19 : Evolution de l'usage actuel de cannabis selon le niveau de diplôme entre 2005, 2010, 2016 et 2017 en Île-de-France (en %)



Sources : Baromètres santé 2005, 2010, 2016, 2017, Santé publique France, exploitation ORS Île-de-France

Pour les usages récent, régulier ou quotidien de cannabis, la plupart des évolutions ne sont pas significatives en Île-de-France, à l'exception de quelques-unes, et les comparaisons des prévalences entre 2005 et 2017 montrent que seules deux évolutions sont significatives : la prévalence de l'usage récent de cannabis a diminué chez les personnes du 3^e tercile de revenus entre 2005 et 2017, passant de 6,7 % à 4,6 % et la prévalence du cannabis quotidien a diminué chez les inactifs, passant de 2,6 % à 1,0 % entre 2005 et 2017.

En province urbaine, les prévalences des différents niveaux d'usage ont augmenté de manière significative entre 2005 et 2017, à l'exception de l'usage récent chez les chômeurs, de l'usage régulier chez les inactifs, de l'usage quotidien chez les diplômés du supérieur, les inactifs et le 3^e tercile de revenus, qui n'ont pas évolué de manière significative.

En province rurale, les prévalences des différents niveaux d'usage de cannabis ont aussi augmenté sauf chez les personnes plus favorisées (diplôme supérieur au baccalauréat, 3^e tercile de revenus) ainsi que chez les chômeurs et les inactifs, pour lesquels les évolutions entre 2005 et 2017 sont stables (non significatives).



Repérage de l'usage problématique et de la dépendance au cannabis

Le test CAST permet de mesurer le risque d'usage problématique de cannabis et de dépendance (voir encadré). Selon ce test, 24,2 % des usagers actuels de cannabis de 18-64 ans en Île-de-France ont un risque élevé d'usage problématique ou de dépendance au cannabis, proportion comparable à celle observée hors Île-de-France (25,5 %). En incluant les personnes à risque léger, ce sont 43,5 % des Franciliens et 49,1 % des non Franciliens qui présentent un risque d'usage problématique ou de dépendance. La proportion de personnes ayant un risque élevé de dépendance ne diffère pas entre l'Île-de-France, la province urbaine et la province rurale, que ce soit chez les hommes ou chez les femmes (résultats non représentés ici).

Un risque élevé de dépendance au cannabis pour 1 personne sur 4 parmi les usagers actuels, chez les hommes plus que chez les femmes et plus accru chez les Franciliens les plus précaires

Les hommes ont bien plus souvent que les femmes un risque élevé, 27,2 % contre 19,0 % en Île-de-France, ainsi qu'un risque léger, 22,5 % contre 13,4 %. Ce risque plus élevé chez les hommes est observé également en province rurale (respectivement 24,6 % et 17,3 %) et en province urbaine (respectivement 30,8 % et 19,6 %).

Il n'est par ailleurs pas observé de différence significative dans la proportion de personnes à risque de dépendance entre les tranches d'âge que ce soit en Île-de-France, en province urbaine ou en province rurale.

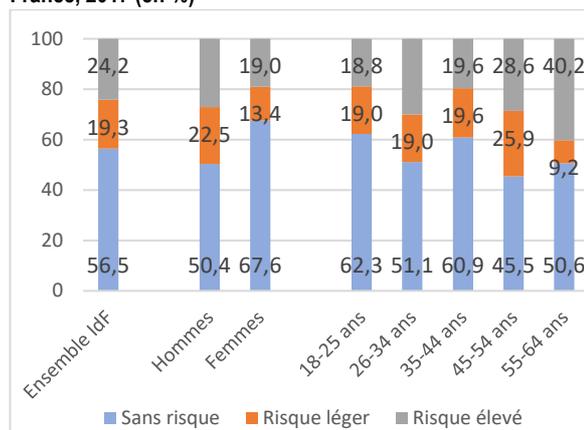
Les évolutions du CAST en Île-de-France ne sont pas significativement différentes entre 2010 et 2017 ($p < 0,7$, résultats non représentés ici).

Parmi les usagers actuels, 44,4 % des Franciliens au chômage présentent un risque élevé de dépendance au cannabis, proportion supérieure à celle des actifs (21,0 %) et des inactifs (18,8 %).

De même, les Franciliens moins diplômés sont plus nombreux à avoir un risque élevé de dépendance au cannabis : les personnes ayant un niveau inférieur au baccalauréat (37,9 %), les titulaires du baccalauréat ou d'un diplôme équivalent (27,0 %) sont significativement plus nombreuses à avoir un risque élevé au CAST que les personnes ayant un niveau supérieur au baccalauréat (14,7 %).

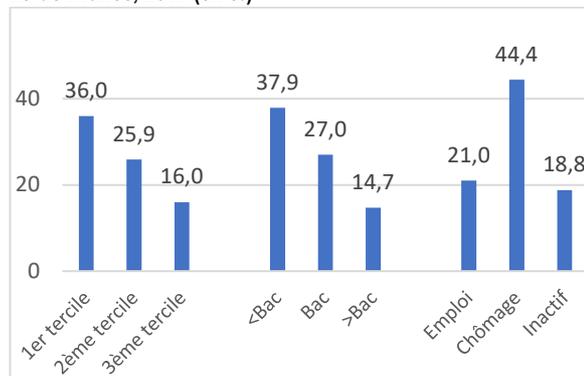
Selon les revenus, les personnes appartenant au 1^{er} tercile de revenus sont plus nombreuses à avoir un risque élevé de dépendance au cannabis que celles appartenant au 3^e tercile, respectivement 36,0 % et 16,0 %.

Figure 20 : Risque d'abus ou de dépendance au cannabis (CAST) parmi les usagers actuels de 18-64 ans en Île-de-France, 2017 (en %)



Source : Baromètre santé 2017, Santé publique France, exploitation ORS Île-de-France

Figure 21 : Risque élevé d'abus ou de dépendance au cannabis (CAST) parmi les usagers actuels de 18-64 ans en Île-de-France, 2017 (en %)



Source : Baromètre santé 2017, Santé publique France, exploitation ORS Île-de-France

Le Cannabis Abuse Screening Test (CAST)

Le CAST, développé par l'OFDT est un outil de repérage des mésusages de cannabis conçu à partir des principaux critères de détermination de l'abus et de l'usage nocif issus du *DSM-IV (manuel diagnostique des troubles mentaux, 4^e éd)* et de la *CIM-10 (Classification internationale des maladies, v10)*. Il fournit une description des usages problématiques dans les enquêtes en population générale. Le CAST comporte six questions qui portent : sur l'usage le matin ou seul, c'est-à-dire supposé hors d'un contexte festif ; d'éventuels troubles de la mémoire ; le fait d'être encouragé à réduire ou à arrêter sa consommation ; des échecs dans les tentatives d'arrêt ; des problèmes comme les bagarres, les accidents suite à une consommation de cannabis. Les modalités de réponse sont « jamais », « rarement », « de temps en temps », « assez souvent », « très souvent », prenant respectivement les valeurs 0, 1, 2, 3 et 4. Un score inférieur à 3 définit un usage sans risque, un score égal à 3 et inférieur à 7, un risque léger et un score supérieur ou égal à 7 un risque élevé de dépendance.

Consommation de cannabis et événements de vie

Le Baromètre santé 2017 interroge sur la survenue d'événements de vie négatifs au sein de la population. Cette section explore les événements de vie récents (professionnels, violences dont sexuelles) et les événements survenus dans l'enfance, c'est-à-dire avant l'âge de 18 ans. Cette dernière catégorie nous permet de discuter l'association entre des événements de vie dans l'enfance et la consommation de cannabis. Les événements de vie retenus dans le Baromètre au titre de la période de l'enfance et de l'adolescence sont : (1) la mort ou la maladie grave d'un des parents ; (2) de graves disputes ou un climat de violence entre les parents ; (3) le divorce ou la séparation des parents ; (4) des attouchements sexuels ou des rapports sexuels contre sa volonté.

Nous discuterons de l'influence respective des événements de vie familiaux et des événements de violence sexuelle.

Le tableau 3 présente la prévalence des différents événements de vie dans l'enfance que nous avons pris en compte dans nos analyses pour discuter leur association à la consommation de cannabis. Ainsi, parmi les personnes de 18-64 ans, 22,4 % déclarent avoir connu avant l'âge de 18 ans le décès ou de graves problèmes de santé d'un de leurs parents, 22,3 % le divorce ou la séparation de leurs parents et 21,3 % de graves disputes ou un climat de violence entre les parents. Les violences sexuelles avant l'âge de 18 ans sont déclarées par 4,4 % des personnes. Sans distinction des types d'événements négatifs, plus de la moitié des personnes déclarent n'en avoir vécu aucun, environ 30% en avoir vécu un, et 14 % des personnes en avoir vécu deux.

Une régression logistique ajustée sur le sexe, l'âge, les revenus, la situation professionnelle et le niveau de diplôme montre que la survenue d'événements de vie dans l'enfance (quatre catégories, voir plus haut) est associée à la consommation de cannabis, quel

qu'en soit le niveau. Le nombre d'événements accroît le degré de l'association. Par exemple, s'agissant de la consommation quotidienne de cannabis, l'OR varie de 2,34 [1,08-5,03] pour un événement de vie dans l'enfance à 4,53 [1,92-10,7] pour deux événements de vie et à 5,98 [1,81-19,7] pour trois événements de vie et plus, survenus avant l'âge de 18 ans.

Les événements de vie négatifs vécus dans l'enfance sont un facteur de risque pour tous les niveaux de consommation

Les événements de vie familiaux (le décès ou la maladie grave d'un parent ; de graves disputes ou un climat de violence entre les parents ; le divorce ou la séparation des parents) analysés isolément des événements de vie dans l'enfance de nature sexuelle au sein d'une régression logistique ajustée sur le sexe, l'âge, les revenus, la situation professionnelle et le niveau de diplôme apparaissent comme un facteur de risque pour tous les niveaux d'usage de cannabis. L'association entre l'expérimentation de cannabis et l'usage récent (au moins une fois au cours des trente derniers jours) montre qu'à partir d'un événement de vie familial négatif, l'association est significative, avec un odds ratio qui s'accroît avec le nombre d'événements de vie. Pour les usages plus intenses (usage régulier, usage quotidien), l'association est significative à partir de deux événements de vie (la non significativité à trois événements de vie est probablement liée à un problème de puissance) (Tableau 5).

Les événements de vie de nature sexuelle dans l'enfance sont associés à la consommation de cannabis, quel qu'en soit le niveau de consommation (Tableau 6). Ainsi, la survenue de violences sexuelles dans l'enfance est associée à l'expérimentation de cannabis (OR=3,33 [2,13-5,20]) à son usage actuel (OR=3,29 [1,86-5,81]), à son usage récent (OR=3,35 [1,59-7,06]), à son usage régulier (OR=4,96 [2,03-12,15]) ou à son usage quotidien (OR= 6,21 [2,13-18,07]).

Tableau 3 : Evènements de vie dans l'enfance : type et nombre, Île-de-France, 2017 (en %)

Evènements de vie négatifs avant l'âge de 18 ans chez les personnes de 18-64 ans (n observé et %) (N=3745)		
Décès ou grave problème de santé d'un des parents	794	22,4 %
Graves disputes ou climat de violence entre les parents	784	21,3 %
Divorce ou séparation des parents	767	22,3 %
Attouchements sexuels ou viol	171	4,4 %
Nombre d'évènements de vie négatifs avant l'âge de 18 ans chez les personnes de 18-64 ans		
0	2012	52,4 %
1	1079	29,7 %
2	477	13,7 %
3 et +	150	4,3 %

Source : Baromètre santé 2017, Santé publique France, exploitation ORS Île-de-France

Tableau 4 : Evènements de vie familiaux (EVF) et sexuels (EVS), vécus avant l'âge de 18 ans et consommation de cannabis en Île-de-France en 2017, modèles de régression logistique

	OR1	IC 95 %	p value
Expérimentation de cannabis			
Aucun	1		
1	1,25	1,03-1,52	0,021
2	1,82	1,39-2,38	0,000
3 et +	4,80	2,87-8,02	0,000
Usage actuel de cannabis			
Aucun	1		
1	1,37	1,01-1,85	0,043
2	1,78	1,19-2,67	0,005
3 et +	3,67	2,02-6,65	0,000
Usage récent			
Aucun	1		
1	1,71	1,17-2,52	0,006
2	1,93	1,16-3,22	0,011
3 et +	4,24	2,01-8,96	0,000
Usage régulier			
Aucun	1		
1	1,77	1,01-3,12	0,047
2	2,95	1,53-5,69	0,001
3 et +	3,54	1,27-9,87	0,016
Usage quotidien			
Aucun	1		
1	2,34	1,08-5,03	0,030
2	4,53	1,92-10,7	0,001
3 et +	5,98	1,81-19,7	0,003

1. OR ajustés sur le sexe, l'âge, le niveau de diplôme, la situation professionnelle, le tercile de revenus

Source : Baromètre santé 2017, Santé publique France, exploitation ORS Île-de-France

Tableau 6 : Evènements de vie sexuels (EVS), vécus avant l'âge de 18 ans et consommation de cannabis en Île-de-France en 2017, modèles de régression logistique

	OR1	IC 95 %	p value
Expérimentation			
Aucun	1		
EVS	3,33	2,13-5,20	0,000
Usage actuel			
Aucun	1		
EVS	3,29	1,86-5,81	0,000
Usage récent			
Aucun	1		
EVS	3,35	1,59-7,06	0,001
Usage régulier			
Aucun	1		
EVS	4,96	2,03-12,15	0,000
Usage quotidien			
Aucun	1		
EVS	6,21	2,13-18,07	0,001

1. OR ajustés sur le sexe, l'âge, le niveau de diplôme, la situation professionnelle, le tercile de revenus.

Source : Baromètre santé 2017, Santé publique France, exploitation ORS Île-de-France

Tableau 5 : Evènements de vie familiaux (EVF), vécus avant l'âge de 18 ans et consommation de cannabis en Île-de-France en 2017, modèles de régression logistique

	OR1	IC 95 %	p value
Expérimentation			
Aucun	1		
1 EVF	1,26	1,04-1,52	0,019
2 EVF	2,03	1,54-2,69	0,000
3 EVF	2,97	1,69-5,22	0,000
Usage actuel			
Aucun	1		
1 EVF	1,30	0,96-1,76	0,089
2 EVF	2,09	1,40-3,11	0,000
3 EVF	2,11	1,08-4,13	0,030
Usage récent			
Aucun	1		
1 EVF	1,51	1,03-2,21	0,037
2 EVF	2,38	1,45-3,93	0,001
3 EVF	2,37	1,04-5,41	0,041
Usage régulier			
Aucun	1		
1 EVF	1,50	0,86-2,62	0,158
2 EVF	3,11	1,64-5,88	0,001
3 EVF	1,69	0,50-5,75	0,398
Usage quotidien			
Aucun	1		
1 EVF	1,90	0,89-4,05	0,099
2 EVF	4,90	2,19-10,99	0,000
3 EVF	2,43	0,56-10,47	0,234

1. OR ajustés sur le sexe, l'âge, le niveau de diplôme, la situation professionnelle, le tercile de revenus

Source : Baromètre santé 2017, Santé publique France, exploitation ORS Île-de-France

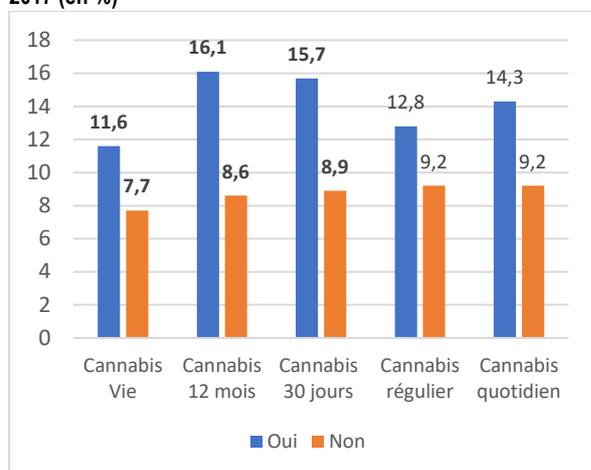
Episodes dépressifs caractérisés et cannabis

Le Baromètre 2017 comporte un volet sur la dépression. Ainsi, il interroge sur la présence au cours des douze derniers mois de symptômes et sur leur durée afin de caractériser la présence d'un épisode dépressif. Quand cet épisode est associé à un retentissement sur les activités, il est dit caractérisé (cf. encadré). Ici, les épisodes dépressifs caractérisés (EDC) seront étudiés indépendamment de leur gravité.

La prévalence des épisodes dépressifs caractérisés au cours des 12 derniers mois est significativement plus élevée chez les usagers de cannabis que chez les non consommateurs pour l'expérimentation (11,6 % contre 7,7 %), l'usage actuel (16,1 % contre 8,6 %) et pour l'usage récent (15,7 % contre 8,9 %). Les résultats ne sont pas significativement différents pour l'usage régulier et quotidien, probablement par manque de puissance (respectivement $p < 0,08$ avec $n < 16$ et $p < 0,25$ avec $n < 10$).

La survenue d'épisodes dépressifs est associée à l'expérimentation, l'usage actuel et l'usage récent de cannabis

Figure 22 : Prévalence des épisodes dépressifs caractérisés dans l'année chez les Franciliens, selon le niveau d'usage, en 2017 (en %)



Source : Baromètre santé 2017, Santé publique France, exploitation ORS Île-de-France

Afin de contrôler les effets de structure de la population, des modèles de régression logistique ont été réalisés. Ces modèles montrent que la survenue d'EDC dans les douze derniers mois est associée à la consommation de cannabis. Ainsi, il y a un lien élevé entre l'expérimentation de cannabis et la survenue d'un EDC au cours des douze derniers mois (OR de 1,96 [1,43-2,67]). Ce lien se retrouve également pour la consommation de cannabis au cours des douze derniers mois (OR de 2,12 [1,40-3,21]), pour la consommation de cannabis au cours des 30 derniers jours (OR de 1,92 [1,12-3,29]). Les odds ratio ne sont en revanche pas significatifs pour l'usage régulier de cannabis ni pour l'usage quotidien. S'agissant du lien entre épisode dépressif et dépendance au cannabis, les personnes ayant connu un EDC au cours des douze derniers mois ont un risque plus élevé de dépendance : en Île-de-France, 38,8 % des personnes ayant eu un EDC ont un risque élevé de dépendance contre 21,5 % des personnes n'ayant pas eu d'EDC ($p < 0,056$, à la limite de la significativité en Île-de-France mais hautement significatif hors Île-de-France avec des proportions respectives de 36,8 % et 23,2 %).

Tableau 7 : Niveaux d'usage de cannabis et épisodes dépressifs caractérisés en Île-de-France en 2017, modèles de régression logistique

	OR1	IC 95 %	p value
Expérimentation			
Pas d'EDC	1		
EDC 12 mois	1,96	1,43-2,67	0,000
Usage actuel			
Pas d'EDC	1		
EDC 12 mois	2,12	1,40-3,21	0,000
Usage récent			
Pas d'EDC	1		
EDC 12 mois	1,92	1,12-3,29	0,018
Usage régulier			
Pas d'EDC	1		
EDC 12 mois	1,46	0,72-2,96	0,296
Usage quotidien			
Pas d'EDC	1		
EDC 12 mois	1,70	0,75-3,86	0,203

1. OR ajustés sur le sexe, l'âge, le niveau de diplôme, la situation professionnelle, le tercile de revenus.

Source : Baromètre santé 2017, Santé publique France, exploitation ORS Île-de-France



1388843 de Pixabay

Les épisodes dépressifs caractérisés

Le Baromètre 2017 utilise une version allégée du *Composite International Diagnostic Interview – Short Form* (CIDI-SF), développé par l’OMS sur la base de critères de la *CIM-10* et du *DSM-IV* (version révisée), pour déterminer la présence d’épisodes dépressifs caractérisés. Les EDC sont établis selon leur gravité en trois niveaux : léger, modéré et sévère.

Un **épisode dépressif caractérisé** (EDC) au cours des 12 derniers mois se caractérise par (1) au moins un symptôme principal et (2) au moins trois symptômes secondaires, avec (3) un retentissement sur les activités habituelles (professionnelles, scolaires, relations interpersonnelles).

(1) Symptôme principal : vivre une période d’au moins deux semaines consécutives en se sentant triste, déprimé, sans espoir pratiquement toute la journée et presque tous les jours ; vivre une période d’au moins deux semaines consécutives en ayant perdu intérêt pour la plupart des choses pratiquement toute la journée et presque tous les jours.

(2) Symptômes secondaires : se sentir épuisé ou manquer d’énergie plus que d’habitude ; avoir pris ou perdu au moins 5 kg ; avoir plus que d’habitude des difficultés à dormir ; avoir beaucoup plus de mal que d’habitude à se concentrer ; avoir un sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inapproprié ; avoir beaucoup pensé à la mort ; avoir perdu de l’intérêt pour la plupart des choses comme les loisirs, le travail ou les activités qui donnent habituellement du plaisir (si symptôme principal de tristesse).

Discussion - conclusion

L'étude présentée ici fait état, avant l'épidémie de Covid-19, des consommations de cannabis et de facteurs associés, à partir des données de l'enquête Baromètre santé 2017 mises à disposition par Santé publique France, ainsi que des précédents Baromètres permettant de mesurer les évolutions.

L'Île-de-France est une région où les niveaux de consommation des principales drogues licites ou illicites restent inférieurs au reste de la France [7-9]. Ces niveaux inférieurs sont toutefois à considérer dans le contexte de forte consommation de cannabis en France, surtout parmi les jeunes, chez lesquels les niveaux de consommation sont comparables à ceux des pays les plus consommateurs du monde (les Etats-Unis et le Canada) [2]. La prévalence française est la plus élevée des pays d'Europe, 44,8 % pour l'expérimentation chez les adultes de 18-64 ans, suivie par le Danemark (38,4 % chez les 16-64 ans), l'Espagne (37,5 % pour les 15-64 ans), l'Italie (32,7 % pour les 15-64 ans), la moyenne de l'Union européenne étant de 27,2 %. La France est également en tête des pays de l'Union européenne pour l'usage au cours des douze derniers mois chez les jeunes adultes (21,8 % chez les 18-34 ans), suivie par l'Italie (20,9 %), la Croatie (20,3 %), l'Espagne (19,1 %) chez les 15-34 ans, avec une moyenne de 15,4 % pour l'Union européenne [21].

Des prévalences de consommation en Île-de-France intermédiaires entre celles de la province rurale et de la province urbaine

Notre étude montre des niveaux de consommation différents entre les trois territoires.

L'expérimentation (44,3 %) et l'usage de cannabis au cours des douze derniers mois ou usage actuel (11,0 %) en Île-de-France sont significativement inférieurs à ceux observés en province urbaine et significativement supérieurs à ceux observés en province rurale.

L'usage récent ou usage au cours du dernier mois en Île-de-France (6,7 %) est comparable à celui de la province urbaine mais supérieur à celui de la province rurale et l'usage régulier des Franciliens (3,1 %) est comparable à celui des habitants de province rurale mais significativement inférieur à celui des habitants de la province urbaine.

Des travaux menés par territoire chez les jeunes de 17 ans en France (enquête Escapad 2017 [17]), retrouvent des niveaux d'usage régulier plus élevés dans les grandes agglomérations en comparaison à

l'agglomération parisienne¹ et aux zones rurales et communes de moins de 20 000 habitants. Chez les adultes de 18-25 ans, les données de l'enquête Baromètre 2014, mettent en avant un niveau plus élevé d'usage régulier dans les grandes agglomérations de plus de 200 000 habitants (hors agglomération parisienne), puis un niveau comparable entre l'agglomération parisienne et les agglomérations de 20 000 à 200 000 habitants et enfin un niveau plus faible pour les communes rurales et celles de moins de 20 000 habitants [17].

Enfin, notre étude par territoire ne met pas en évidence de différences concernant l'usage quotidien (2,0 % en Île-de-France).

Des comparaisons avec d'autres métropoles occidentales, par exemple New-York et Berlin, montrent que ces métropoles ont des niveaux supérieurs de consommation par rapport au reste des Etats-Unis ou de l'Allemagne, ce qui n'est pas le cas pour l'Île-de-France. Si l'Île-de-France se situe à des niveaux inférieurs à l'Etat de New-York pour l'usage actuel (14,4 % en 2015) et l'usage récent (8,5 %), le niveau d'usage régulier est comparable (3,2 % pour l'Etat de New-York et 3,1 % pour l'Île-de-France) [22,23]. Mais contrairement à l'Île-de-France qui se situe en dessous de la province urbaine pour différents niveaux d'usage, l'Etat de New York présente des niveaux supérieurs à ceux des Etats-Unis dans leur ensemble (12,6 % pour l'usage actuel et 7 % pour l'usage récent) [24]. À Berlin, les prévalences de consommation de cannabis étaient, pour la population des 18-59 ans, bien plus élevées que celles observées en Île-de-France, 69 % pour l'expérimentation, 35 % pour l'usage actuel, 21 % pour l'usage récent et 14 % pour l'usage régulier en 2014 [25]. Les niveaux berlinois sont largement supérieurs à ceux de la moyenne allemande (30 % pour l'expérimentation, 7 % pour l'usage actuel, 4 % pour l'usage récent et 1 % pour l'usage quotidien en 2015) [26].

Un écart qui se resserre entre les consommations en Île-de-France et dans les territoires ruraux et urbains de province

L'évolution des consommations par territoire met en évidence une progression plus rapide des niveaux de consommation en province rurale et en province urbaine par rapport à l'Île-de-France. Pour l'expérimentation par exemple, la progression est de 19 points depuis 2005 en province rurale, 18 points en province urbaine contre 9 points en Île-de-France.

1. L'agglomération parisienne recouvre Paris, l'intégralité des départements de proche couronne, Hauts-de-Seine, Seine-Saint-Denis, Val-de-Marne, et une partie des départements de grande couronne, Yvelines, Val-d'Oise, Essonne, Seine-et-Marne.

Or, les cinq niveaux d'usage étaient plus élevés en Île-de-France en 2005 que dans les deux autres territoires d'habitation. Mais la progression des niveaux de consommation sur ces derniers a été plus rapide de sorte que la province urbaine a dépassé l'Île-de-France en 2016 et que la province rurale progresse pour se rapprocher des niveaux franciliens.

À cet égard, on peut parler d'effet de rattrapage (voire de dépassement) de la province en matière de consommation de cannabis. Si la consommation de cannabis progresse globalement en France depuis les années 1990 [1,10], elle semble ainsi progresser moins rapidement en Île-de-France ces dernières années.

En milieu rural, cette progression est observée pour toutes les drogues et paraît être expliquée par deux facteurs : d'une part, la précarisation des populations autochtones liée au chômage et la désindustrialisation ; d'autre part, au dynamisme démographique lié à l'arrivée de catégories modestes (ouvriers, employés) dans les milieux ruraux, néo-ruraux en provenance des métropoles et des grandes villes [27]. Par ailleurs, l'offre et la disponibilité des produits illicites, dont le cannabis, n'est pas moindre qu'en milieu urbain, avec les mêmes produits, du fait de la proximité avec le monde urbain et le dynamisme des réseaux d'usagers-revendeurs, palliant le déficit des grosses organisations trafiquantes [27]. L'augmentation de la consommation en milieu rural ne se limite pas à un phénomène importé de l'agglomération mais se structure aussi autour de moments festifs spécifiquement ruraux tels que les fêtes villageoises [27].

Par ailleurs, une recherche complémentaire pourrait utilement explorer la place des modes d'approvisionnement dans ces évolutions. La pratique de l'autoculture (6 % des 18-34 ans et 10 % des 35-65 ans au cours des douze derniers mois [10]) pourrait ainsi se développer différemment en Île-de-France où l'accès à la propriété et l'existence de jardins privés est réduit. Les autres modes d'approvisionnement tels que le don ou le partage (31 % des 18-34 ans et 36 % des 35-64 ans) pourraient également être différemment développés selon les territoires, ainsi que la livraison de drogues à domicile via les réseaux sociaux qui s'est fortement développée depuis la pandémie de Covid-19.

Aux États-Unis, la consommation de cannabis est associée au degré d'urbanisation. Les métropoles présentent des niveaux de consommation significativement supérieurs aux territoires non intégrés à une métropole (pour l'usage actuel, 14,4 % contre 10,6 % en 2015) [22] et de plus la progression des consommations de cannabis est plus rapide dans les milieux urbains que dans les milieux ruraux [24].

Une consommation différenciée selon le sexe sur tous les territoires

Les niveaux de consommation de cannabis sont toujours plus élevés chez les hommes que chez les femmes, au niveau national, et les écarts s'accroissent avec l'intensification de la consommation. Ainsi, en France, le sex-ratio hommes / femmes, à 18-64 ans, est de 1,4 pour l'expérimentation, de 2,1 pour l'usage actuel, de 2,6 pour l'usage récent, de 3,0 pour l'usage régulier et de 3,1 pour l'usage quotidien [10]. Ces écarts s'avèrent plus marqués à l'âge adulte que chez les adolescents. Ainsi, en France, à 17 ans en 2017, les sex ratio sont de 1,2 pour l'expérimentation et l'usage actuel, de 1,4 pour l'usage récent, de 2,2 pour l'usage régulier et quotidien [14]. Notre étude retrouve ces différences majeures de consommation entre hommes et femmes dans les trois territoires étudiés, l'Île-de-France, la province rurale et la province urbaine, avec également une augmentation du sex-ratio avec les niveaux de consommation. Ainsi en Île-de-France, le rapport hommes / femmes passe de 1,4 pour l'expérimentation à 4,9 pour l'usage quotidien. Pour ces usages plus intenses, l'écart hommes / femmes est même plus important en Île-de-France qu'en province urbaine ou rurale. Ces écarts sont également confirmés dans les modèles multivariés sur l'Île-de-France, donc persistent indépendamment des caractéristiques sociales et démographiques (âge, niveau d'éducation, revenus, situation professionnelle). Par ailleurs, une étude a montré que les différences de consommation selon le sexe allaient dans le sens d'une convergence entre les consommations masculines et féminines lorsque le niveau d'instruction ou la situation professionnelle était plus élevée [31].

Une progression plus importante de la consommation des femmes par rapport à celles des hommes

Néanmoins, les Franciliennes font, elles aussi, l'objet d'un phénomène de rattrapage avec une progression de la prévalence de l'expérimentation entre 2005 et 2017 plus importante que celle des hommes (47 % contre 16 % pour les hommes), une progression plus importante pour l'usage actuel (58 % d'augmentation alors qu'une stabilité est observée chez les hommes) et de l'usage récent (augmentation de 52 % chez les femmes mais stabilité chez les hommes). En revanche, les usages, régulier et quotidien, des Franciliennes, mais aussi des Franciliens, n'ont significativement pas progressé entre 2005 et 2017. Ce phénomène de rattrapage entre les hommes et les femmes s'expliquerait par la théorie sociologique de diffusion des innovations et de la théorie de l'épidémie tabagique [28]. La théorie sociologique de la diffusion des innovations postule que les innovations

sont d'abord adoptées par des groupes leader et se diffusent ensuite dans le reste de la société. Dans la théorie de l'épidémie tabagique, le tabac s'est en premier lieu diffusé rapidement au sein des hommes, a connu un plateau puis a décliné lentement et a connu le même type d'évolution, avec un temps de retard, parmi les femmes. Ce même processus semblerait s'appliquer pour le cannabis, souvent consommé avec du tabac.

Tandis que les Franciliens ont un niveau d'usage intermédiaire entre celui des hommes de province rurale et celui des hommes de province urbaine, ces derniers étant les plus consommateurs, les Franciliennes ont un niveau d'usage comparable à celui des femmes de province rurale (sauf pour l'usage actuel) et significativement inférieur à celui des femmes de province urbaine pour l'expérimentation et l'usage régulier.

Si les niveaux de consommation des Franciliennes progressent (l'expérimentation, l'usage actuel et l'usage récent), en cohérence avec les hausses observées dans les autres territoires d'habitation, la hausse généralisée des consommations en Île-de-France est majoritairement le fait des Franciliens.

Les différences de consommation sont essentiellement le fait d'un conditionnement de genre qui dessine un profil de consommation distinct pour les hommes (cannabis et alcool) et les femmes (médicaments psychotropes) [27].

Ces différences de consommation entre hommes et femmes étaient également observées ailleurs, ainsi dans l'Etat de New-York en 2014, où l'usage récent était bien plus masculin (11 % contre 6 % des femmes) ou à Berlin où les femmes étaient 16 % à avoir consommé du cannabis au cours du dernier mois contre 23 % des hommes en 2014 [26].

Une diffusion croissante parmi les plus âgés, cependant restreinte à l'expérimentation pour l'Île-de-France

Bien que la consommation de cannabis diminue depuis 2002-2003 au niveau national chez les personnes de moins de 18 ans (après une légère augmentation en 2014), que ce soit pour l'expérimentation, l'usage au cours du mois ou l'usage régulier [14], celle-ci, qui n'avait quasiment cessé de progresser chez les personnes de 18 ans et plus depuis les années 90, est marquée plus récemment par une stabilisation depuis 2017 : le taux d'expérimentation se stabilise à 46,1 % en 2020, celui des usagers dans l'année à 11,3 % et celui des usagers réguliers à 3,2 % [10,30].

Ce constat global d'une hausse des consommations dans le temps jusqu'en 2017 est également fait en Île-de-France, avec quelques nuances. Ainsi, la proportion d'expérimentateurs de 18-24 ans est restée

stable entre 2005 et 2017, de même que celles des 35-39 ans ou des 40-44 ans, toutefois à la limite de la significativité pour les personnes de 40-44 ans.

En revanche, ce phénomène de glissement générationnel ne paraît pas s'observer pour les niveaux de consommation plus élevés en Île-de-France. En effet, les évolutions entre 2005 et 2017 pour les usages, actuel, récent, régulier et quotidien, ne sont pas significatives, dans les différentes classes d'âge. Ce qui pourrait indiquer que les consommations plus à risque ne persistent pas dans le temps. Néanmoins, la puissance de nos analyses sur ces consommations reste faible compte tenu du faible nombre déclaré de consommateurs pour les consommations élevées, probablement accentué par un éventuel biais de désirabilité sociale. La désirabilité sociale est définie comme la tendance qu'ont les individus à vouloir se présenter sous un jour favorable [30] et à ne pas reporter des informations qui les feraient mal voir.

Un âge d'expérimentation plus précoce chez les jeunes Franciliens que chez leurs aînés

Les résultats nationaux montrent que la proportion d'individus ayant expérimenté le cannabis est maximale entre 26 et 34 ans pour les deux sexes et que la consommation dans l'année concerne avant tout les plus jeunes, 27 % pour les 18-25 ans en 2017 et diminue avec l'âge pour atteindre moins de 2 % des 55-64 ans [1,10].

L'Île-de-France ne fait pas figure d'exception et présente, elle aussi, un niveau de consommation maximal entre 25 et 34 ans pour l'expérimentation : 58,6 % pour la tranche 25-29 ans et 56,7 % pour la tranche 30-34 ans.

Les jeunes Franciliens, âgés de 25 à 29 ans et de 30 à 34 ans, déclarent avoir expérimenté le cannabis en moyenne à l'âge de 17,8 ans. Cet âge d'expérimentation est plus précoce que celui des classes d'âge supérieures (22 ans pour les 55-59 ans par exemple) ce qui traduit un rajeunissement de l'âge d'initiation au cours du temps.

Comme observé au niveau national [1,10], pour les autres niveaux d'usage, c'est aussi chez les plus jeunes que les usages sont les plus élevés, puisqu'il est maximal à 18-29 ans et décroît drastiquement ensuite.

Ainsi, si les usages de cannabis sont surtout le fait des plus jeunes, la consommation au-delà de 25 ans est de plus en plus fréquente, avec le vieillissement des générations [10]. Le recours au cannabis, phénomène générationnel associé à la période de l'adolescence jusqu'au début des années 2010, est donc désormais tout autant le fait des adultes [31]. Les évolutions récentes, à partir des premiers résultats

du Baromètre santé 2020 de Santé publique France, montrent toutefois une stabilisation de l'expérimentation de cannabis depuis 2017, mais une augmentation qui se poursuit chez les hommes, une stabilisation de l'usage actuel (usage dans l'année) et globalement confirment le recul des expérimentations dans les nouvelles générations et la progression des usages au-delà de 30 ans [29].

L'expérimentation et l'usage actuel plus répandus chez les Franciliens les plus aisés et les plus diplômés, les usages plus fréquents ou à risque chez les personnes moins favorisées

Chez les Franciliens, il a été montré que le niveau d'expérimentation de cannabis s'accroissait avec l'augmentation des revenus, lien confirmé par le modèle de régression logistique, et était plus élevé chez les plus diplômés, également confirmé par les modèles multivariés. À l'inverse, pour l'usage récent et régulier, ce sont les moins fortunés qui sont les plus consommateurs, mais cette différence disparaît dans les modèles multivariés, soit par manque de puissance dans les analyses, soit parce que d'autres variables expliquaient cette différence. Les personnes les plus diplômées ont aussi plus souvent expérimenté le cannabis que les moins diplômées, mais il n'a pas pu être mis en évidence de lien significatif pour les niveaux d'usage plus fréquent, vraisemblablement par manque de puissance statistique.

Les analyses ont toutefois montré un lien fort avec la situation professionnelle, avec une consommation plus élevée chez les chômeurs et les étudiants pour les usages actuel et récent et chez les chômeurs pour l'usage régulier et quotidien que chez les personnes en emploi ou les autres inactifs. Ainsi, en Île-de-France, 6,9 % des chômeurs contre 0,8 % des étudiants et 1,2 % des autres inactifs ont un usage quotidien, 8,7 % ont un usage régulier contre 1,2 % des inactifs autres que les étudiants et 13,0 % des chômeurs et 14,1 % des étudiants ont un usage récent contre 5,0 % des actifs occupés. Toutes choses égales par ailleurs, le risque plus élevé des chômeurs est confirmé, quel que soit le niveau d'usage du cannabis et des étudiants pour l'usage actuel. Ces tendances sont observées à l'échelle nationale avec des chiffres semblables (15,8 % pour l'usage actuel chez les chômeurs et 6,6 % pour l'usage régulier) supérieurs à ceux observés chez les actifs occupés, respectivement 9,6 % et 3,0 % [6]. Au niveau national, ces liens avaient déjà été mis en évidence dans le Baromètre santé 2005 de l'ex-Inpes [33].

Une des hypothèses pouvant expliquer que les personnes les plus diplômées vont être moins nombreuses à avoir des usages plus fréquents est la perception accrue chez elles des dangers du produit ou

une plus grande attention portée à sa santé [33]. Ce résultat serait comparable à ce qui est observé pour le tabac, moins souvent fumé par les personnes dont la position sociale est élevée [33]. Notre étude francilienne sur le tabac avait toutefois montré la franche réduction des inégalités en matière de tabagisme et une partie de l'explication de la moindre différence par rapport au niveau de diplôme pourrait résider dans cette moindre différence en Île-de-France [21].

Notre étude s'est également penchée, à l'aide du Cannabis Abuse screening Test (CAST), développé par l'OFDT [34], sur le repérage de l'usage problématique ou de dépendance au cannabis, parmi les consommateurs dans l'année. Cet outil a pour objectif de mieux appréhender les problèmes sanitaires et sociaux associés aux usages de cannabis.

Les analyses mettent en avant des proportions nettement supérieures d'un risque élevé d'abus ou de dépendance chez les personnes au chômage (44,4 % en Île-de-France) par rapport aux inactifs (18,8 %) et aux personnes en emploi (21,0 %), ainsi que l'existence d'un gradient selon le niveau de diplôme et le niveau de revenus, avec un risque élevé plus fréquent chez les personnes moins favorisées. Ces résultats corroborent les constats faits plus haut.

Il est à noter toutefois en Île-de-France que le niveau d'expérimentation du cannabis des personnes au chômage est stable depuis 2005 tandis qu'il est en augmentation pour les personnes en emploi ou les inactifs, constat encore plus marqué dans les autres territoires. Ce recul de la consommation des personnes au chômage en 2017 est observé sur toute la France et concourt au rapprochement des consommations entre personnes en emploi et personnes au chômage. Ce phénomène traduirait-il une précarisation majorée qui rend plus difficile l'approvisionnement [33] ou une plus grande diffusion du cannabis parmi les populations les moins précaires ?

L'expérimentation et l'usage actuel de cannabis plus fréquents à Paris et dans les Hauts-de-Seine

L'Île-de-France est une région caractérisée par de grandes disparités territoriales, notamment entre les départements. Elle comprend ainsi le département le plus riche de France (les Hauts-de-Seine) et le plus pauvre de France (la Seine-Saint-Denis).

Deux indicateurs de consommation du cannabis ont été explorés au niveau des départements, l'expérimentation de cannabis et l'usage dans l'année, les autres niveaux de consommation (usages récent, régulier et quotidien) n'ont pu être explorés du fait d'effectifs insuffisants, s'agissant de comportements moins prévalents que les autres.

Les taux bruts mais aussi les odds ratio, ajustés sur les variables socio-démographiques et économiques

(sexe, âge, niveau de diplôme, emploi, tercile de revenus) mettent en avant les niveaux d'expérimentation et d'usage actuel de cannabis plus élevés à Paris et dans les Hauts-de-Seine et, pour ce dernier usage, dans le Val-d'Oise.

Ainsi, 22 points séparent Paris de la Seine-Saint-Denis pour l'expérimentation. Des résultats similaires s'observent également pour les Hauts-de-Seine. Pour l'usage actuel, 13 points séparent Paris de l'Essonne, département pour lequel l'usage est le plus faible.

Cette disparité entre départements apparaît précocement puisque l'étude de l'OFDT des consommations chez les jeunes de 17 ans révèle des niveaux de consommation plus élevés à Paris qu'en Seine-Saint-Denis pour l'alcool, le tabac et le cannabis (20 points de différence pour le cannabis à 17 ans) [35].

Les études menées chez les adolescents révèlent par exemple que le surcroît de moyens dont disposent les plus aisés se traduit par une augmentation socialement située de la prévalence des consommations les moins à risque, tandis que le souci de la performance et de la carrière professionnelle constitue une barrière vers la dépendance [23]. A contrario, l'absence de perspectives et les difficultés à entrevoir l'avenir favorisent les consommations à risque de dépendance [36].

Les événements de vie négatifs dans l'enfance et spécialement ceux de nature sexuelle associés à la consommation de cannabis

Les événements de vie négatifs vécus dans l'enfance, familiaux ou sexuels, sont fortement associés à la consommation de cannabis, constat que nous avons fait en Île-de-France dans notre étude. Cette association augmente lorsque le nombre d'événements de vie augmente : par exemple, le risque d'expérimenter le cannabis est multiplié par 1,3 pour les personnes ayant vécu un seul événement de vie négatif et par près de 3 pour celles en ayant vécu trois, pour l'usage récent, le risque passe de 1,5 pour un seul événement de vie à 2,4 pour trois événements de vie.

Les événements de vie familiaux dans l'enfance (décès, divorces, violence) sont indépendamment associés au risque de consommation. Néanmoins, ce sont les événements de vie de nature sexuelle survenus dans l'enfance qui sont les plus à risque de faire le lit de la consommation de cannabis et ce d'autant plus qu'ils sont nombreux.

Ce phénomène pourrait être expliqué par la stratégie d'auto-médication développée par Khantzian [37] qui postule que la consommation de drogues est un moyen d'échapper à un état de susceptibilité permanente au stress causé par les traumatismes dans

l'enfance. En réaction à des événements traumatiques, l'organisme produit une hormone qui permet de faire face au stress, le cortisol. Une exposition prolongée du système nerveux central au cortisol durant l'enfance induirait une modification dans la régulation de l'axe corticotrope à l'âge adulte, provoquant une plus grande sensibilité au stress par une réponse explosive en cortisol [38,39]. Par ailleurs, cette même exposition durant l'enfance modifierait la conformation du système dopaminergique de la récompense en augmentant les capacités de production de dopamine [40]. Ainsi, ces individus seraient davantage soumis au stress et tireraient davantage de bénéfice à l'activation de leur circuit de la récompense, faisant de ce dernier un moyen d'auto-médication naturel en réponse au stress. Néanmoins, ces phénomènes se développeraient sur un terrain génétiquement prédisposé [41].

Par ailleurs, les événements de vie familiaux liés à la séparation ou à la mort d'un parent peuvent induire une moindre supervision des enfants par leurs parents ou une mauvaise relation qui conduit à une forme de tolérance à l'égard de la consommation des enfants [28,36].

Enfin, la transmission transgénérationnelle des addictions comporte une dimension génétique, épigénétique [28] voire psychique [36].

Les résultats mis au jour pour l'Île-de-France en 2017 sont congruents avec ceux d'une étude concluant à l'association entre le nombre d'événements de vie négatifs [42] et niveau de consommation, spécialement ceux de nature sexuelle [43]. Le poids des trajectoires sociales dans le risque addictif se cumule avec celui induit par les événements de vie [28].

Une limite de notre étude est qu'elle ne permet pas de distinguer l'âge auquel ces événements de vie sont survenus. Ce point est d'importance puisqu'il fait l'objet de débats pour établir l'âge crucial auquel ces événements de vie sont les plus impactants pour l'avenir : l'âge pré-scolaire (<5 ans) [44], la pré-adolescence (8-12 ans) [45] ou l'adolescence [46].

Ces constats montrent à quel point la prévention des consommations doit intervenir précocement, afin d'apporter un appui aux jeunes traversant des situations difficiles, surtout lorsque les supports social et relationnel sont fragilisés. Ainsi, les interventions développant les compétences psycho-sociales ont-elles aujourd'hui démontré leur efficacité sur la prévention des conduites addictives [47]. Selon l'OMS (1993), les compétences psycho-sociales sont « la capacité d'une personne à maintenir un état de bien-être subjectif lui permettant de répondre de façon positive et efficace aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne ».

Une forte association entre consommation de cannabis et épisodes dépressifs

Notre étude a exploré les liens entre santé mentale et consommation de cannabis et pour ce faire, a utilisé l'indicateur de prévalence des épisodes dépressifs caractérisés, se traduisant par la présence d'un symptôme principal (tristesse, désespoir ou perte d'intérêt pour la plupart des choses) pendant une période d'au moins 15 jours, de symptômes secondaires (manque d'énergie, perte ou prise de poids importante, difficulté à se concentrer, à dormir, etc.) et avec un retentissement sur les activités. L'expérimentation, l'usage actuel et l'usage récent de cannabis sont fortement associés à l'existence d'un épisode dépressif caractérisé au cours des 12 derniers mois, et cela, toutes choses égales par ailleurs, avec des risques multipliés par deux de consommation pour ces différents usages chez les personnes ayant eu un épisode dépressif. Le risque d'usage problématique est aussi plus fréquent chez les personnes ayant eu un épisode dépressif caractérisé. Les liens entre cannabis et santé mentale sont bien connus [19] mais plus globalement entre usages de substances psycho-actives et santé mentale [48]. Si nous ne pouvons pas étudier ici l'effet de causalité, des études montrent que la symptomatologie dépressive avaient précédé l'abus de substances dans la moitié des cas, ce que confirment des études épidémiologiques identifiant la symptomatologie dépressive comme un facteur de risque du début de l'usage de substances psycho-actives [48]. Mais parallèlement, l'abus de substances peut aggraver la dépression et faciliter le passage à l'acte suicidaire [48]. Ces constats plaident pour une prise en charge globale des patients atteints de troubles psychiatriques.

Différentes limites de l'étude

• la nomenclature des consommations

Un point de discussion peut concerner la construction des indicateurs d'usage régulier et d'usage quotidien. En effet, le questionnaire permettait de quantifier le nombre d'usages sur une période donnée, ainsi trente usages au cours du dernier mois qualifiait ainsi un usage quotidien. Cette approche agrège des comportements différents tels que d'authentiques consommations quotidiennes et des consommations aigües, ce qui a vraisemblablement un impact sanitaire différent, entre l'ivresse cannabique et la dépendance. La même limite peut être formulée pour la consommation régulière, si les dix usages au cours du dernier mois ont lieu de manière aigüe ou répartie dans le temps.

• la distinction par territoire

Nous avons proposé une étude par territoires en distinguant l'Île-de-France des territoires urbains de

province (regroupant les communes de plus de 20 000 habitants) et des territoires ruraux de province (communes rurales et communes de moins de 20 000 habitants), à partir de la commune de résidence déclarée.

Cette méthode ne prend pas en compte les aires urbaines ou les agglomérations auxquelles de petites communes de moins de 20 000 habitants pourraient appartenir sans pour autant présenter des caractéristiques de communes rurales. Une approche par agglomération pourrait permettre de limiter ce biais.

Enfin, de grandes disparités géographiques existent au sein du territoire français selon un gradient nord-sud avec une expérimentation plus marquée en région sud que dans les Hauts-de-France, à l'exception de la Bretagne où l'expérimentation est plus élevée, et de la Corse où elle est moins importante [49]. L'approche par territoire agrège par conséquent des niveaux de consommation très différents.

• la taille de l'échantillon francilien

Nos analyses ont pu se trouver limitées par la taille de l'échantillon francilien. En effet, si l'échantillon national est conséquent, ainsi que celui de l'Île-de-France (3 746 personnes de 18 à 64 ans), lorsque les analyses concernent des événements concernant des proportions moins élevées, telles que la consommation récente de cannabis, ou encore la consommation régulière et plus encore la consommation quotidienne, les effectifs observés peuvent être faibles. De plus, lorsque les analyses sont réalisées par croisement de différents indicateurs socio-démographiques ou socio-économiques, les tests statistiques réalisés peuvent manquer de puissance. Lorsque nous concluons que la différence entre des proportions n'est pas significative, il faut l'entendre par les analyses n'ont pas pu mettre en évidence de différence. Il est ainsi parfois difficile de conclure si l'absence de différence est réelle ou tient au manque de puissance statistique.

En résumé, la consommation de cannabis progresse en Île-de-France pour tous les niveaux de consommation, moins rapidement qu'en province urbaine et rurale du fait d'un effet de rattrapage. Les déterminants socio-économiques sont différemment associés aux consommations : les faibles consommations sont le fait des plus aisés tandis que les consommations élevées et le risque de dépendance semblent davantage le fait des populations défavorisées. Cette différence paraît néanmoins stable depuis 2005. Les événements de vie négatifs dans l'enfance et les épisodes dépressifs caractérisés sont associés à la consommation de cannabis.

Méthodologie des Baromètres de Santé publique France²

Les données de cette étude sont issues du Baromètre de Santé publique France 2017 et pour les données d'évolution des Baromètres 2005, 2010 et 2016. Les Baromètres santé sont des enquêtes sur différentes thématiques de santé réalisées par Santé publique France auprès d'un échantillon représentatif de la population résidant en France métropolitaine. L'édition 2017 a porté sur la population des 18-75 ans. L'échantillon 2017 était composé de 25 319 personnes dont 4 404 en Île-de-France. Notre étude a concerné uniquement les personnes de 18-64 ans, tranche d'âge interrogée pour les drogues illicites, soit 20 665 personnes pour l'ensemble de la France, dont 3 746 résidant en Île-de-France.

L'enquête repose sur un sondage aléatoire à deux degrés, avec un tirage au sort du ménage puis un tirage au sort de l'individu dans le ménage. Une première pondération est ensuite attribuée aux données, tenant compte du poids de sondage (inverse de la probabilité de tirage au sort combinant la probabilité de tirage du numéro appelé, du nombre de numéros de téléphone fixe et mobile de la personne interrogée et le nombre de personnes parmi lesquelles la sélection a été effectuée). Puis un redressement est effectué (post-stratification) permettant de modifier le poids de chaque individu afin de corriger les erreurs de couverture et de non-réponse. Pour 2017, le redressement a été effectué à partir de l'Enquête Emploi 2016 pour le sexe croisé avec l'âge, la région de résidence, la taille d'agglomération, le niveau de diplôme, le nombre de personnes dans le foyer et, pour l'Île-de-France, à partir du recensement de la population de 2015, pour le département. Cette méthode de redressement explique la légère divergence des résultats observés avec ceux de la publication de la Cire Île-de-France³.

Les mêmes variables de redressement ont été utilisées pour le Baromètre 2010 et 2016 (région UDA au lieu de la région de résidence). Pour le Baromètre 2005, le redressement est celui utilisé au niveau national, du fait de l'impossibilité de disposer de la proportion de mobiles sur la région Île-de-France.

Pour les analyses bivariées, le test de Chi² de Pearson a été utilisé.

Des modèles de régression logistique ont été utilisés pour, à la fois contrôler les différences de structures de population dans les différents territoires, à la fois étudier l'association entre les usages de cannabis et différents facteurs. Ainsi, ils ont été utilisés pour comparer les niveaux d'usage de cannabis dans les trois territoires étudiés (Île-de-France, province urbaine, province rurale), toutes choses égales par ailleurs, pour comparer les niveaux d'usage dans les départements toutes choses égales par ailleurs. Ils ont aussi été utilisés pour étudier les associations entre les déterminants socio-démographiques et économiques, toutes choses égales par ailleurs, et les différents niveaux d'usage de cannabis, pour étudier les associations entre les différents niveaux d'usage de cannabis et le nombre d'événements de vie vécus dans l'enfance, les événements de nature familiale et ceux de nature sexuelle, toutes choses égales par ailleurs, ainsi que pour étudier les associations entre les épisodes dépressifs caractérisés et les usages de cannabis, toutes choses égales par ailleurs.

² Richard JB, Andler R, Guiganrd R, Cogordan C, Léon C, Robert M, Arwidson P et le groupe Baromètre santé 2017. Baromètre santé 2017. Méthode d'enquête. Objectifs, contexte de mise en place et protocole. Saint-Maurice : Santé publique France ; 2018.

³ ARS Île-de-France, Santé publique France. Tabac [en ligne]. Bulletin de santé publique en Île-de-France. Janvier 2019. – disponible : <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/ile-de-france/documents/bulletin-regional/2019/bulletin-de-sante-publique-tabac-en-ile-de-france.-janvier-2019>

Tableau 7 : Caractéristiques des échantillons dans les trois territoires

	Île-de-France	Province urbaine	Province rurale
Hommes	48,2	49,2	49,4
Femmes	51,8	50,8	50,6
Âge			
18-24 ans	14,3	15,8	9,9
25-29 ans	10,9	10,9	7,4
30-34 ans	12,4	11,1	9,6
35-39 ans	11,8	10,6	10,8
40-44 ans	11,4	10,2	11,6
45-49 ans	11,8	11,1	12,3
50-54 ans	9,8	10,6	12,9
55-59 ans	10,3	10,3	13,0
60-64 ans	7,4	9,4	12,7
Niveau diplôme			
< baccalauréat	35,0	44,4	51,5
Baccalauréat ou équivalent	21,2	21,9	22,0
> baccalauréat	43,8	33,8	26,6
Revenus			
1 ^{er} tercile	32,1	40,7	35,7
2 ^e tercile	23,8	29,5	36,1
3 ^e tercile	36,5	25,6	23,6
NSP/refus	7,6	4,2	4,6
Statut			
Emploi	66,8	62,3	68,3
Chômage	11,8	12,5	9,1
Inactivité	21,4	25,2	22,7
Dont études	10,3	10,2	5,5
Effectifs	3 746	8 390	8 472

Source : Baromètre santé 2017, Santé publique France, exploitation ORS Île-de-France

Références

- [1] Janssen E, Spilka S, Martinez M, Gandilhon M, Brisacier A-C, Palle C, Néfau T. Cannabis et cannabinoïdes de synthèse . In : Drogues et addictions, données essentielles, OFDT ; 2019 . p.117-123.
- [2] Obradovic I, Morel d'Arleux J. Synthèse et perspectives. In : Drogues et addictions, données essentielles, OFDT ;2019. p. 15-25.
- [3] Ministère de l'Intérieur. Plan national de lutte contre les stupéfiants [en ligne] 2019.
Disponible sur : <https://www.interieur.gouv.fr/Archives/Archives-des-dossiers/Plan-national-de-lutte-contre-les-stupefiants>
- [4] Poulliat E, Reda R. Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission d'information relative à l'application d'une procédure d'amende forfaitaire au délit d'usage illicite de stupéfiants, Assemblée nationale 25 janvier 2018, Santé publique France, OFDT, Tendances n°128, novembre 2018.
- [5] ANSM. Cannabis à visée thérapeutique : projet d'expérimentation [En ligne]. 2019.
Disponible sur : <https://ansm.sante.fr/actualites/cannabis-a-visee-therapeutique-en-france-projet-de-cadre-de-la-phase-experimentale-de-mise-a-disposition>
- [6] Bisiou Y. Cannabis, payer pour fumer . AJ pénal. 2017 :486-9.
- [7] Camard JP, Embersin-Kyprianou C, Lesage A, Grémy I. Consommations de tabac, d'alcool et de cannabis chez les jeunes adultes en Île-de-France. Résultats du Baromètre de Santé publique France 2017, évolutions depuis 2005. Paris : Observatoire régional de santé (ORS) Île-de-France ; 2021.
- [8] Lesage A, Embersin-Kyprianou C. Tabagisme et inégalités sociales de santé. Résultats du Baromètre de Santé publique France 2017. Paris : Observatoire régional de santé (ORS) Île-de-France ; 2020.
- [9] Lesage A, Embersin-Kyprianou C. La consommation d'alcool en Île-de-France. Résultats du Baromètre de Santé publique France 2017. Paris : Observatoire régional de santé (ORS) Île-de-France ; 2020.
- [10] Spika S, Richard J-B, Le Nézet O, Janssen E, Brissot A, Phillippon A, Shah J, Chyderiotis S, Andler R, Cogordan C. Les niveaux d'usage des drogues illicites en France en 2017. Santé publique France, OFDT. Tendances. 2018;128.
- [11] Jourdain Menninger D, Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017. Paris :La Documentation française ;2013.
- [12] Beck F, Spilka S, Nguyen-Thanh V, Gautier A, Le Nézet O, Richard JB, groupe Baromètre santé 2016. Cannabis : usages actuels en population adulte. OFDT. Tendances. 2017 ;119.
- [13] Pasquereau A, Gautier A, Andler R, Guignard R, Richard JB, Nguyen Thanh V. Tabac et e-cigarette en France : niveaux d'usage d'après les premiers résultats du Baromètre santé 2016. BEH. 2017 ;12 :214-22.
- [14] Spilka S, Le Nézet O, Janssen E, Brissot A, Phillippon A, Shah J, Chyderiotis S. Les drogues à 17 ans, analyse de l'enquête ESCAPAD 2017. OFDT. Tendances. 2018 ;123.
- [15] Embersin-Kyprianou C, Savolle H, Beltzer N. Conduites à risques des jeunes Franciliens. Paris : Observatoire régional de santé (ORS) Île-de-France ; 2015.
- [16] Maizat-Houot J, Embersin-Kyprianou C, La santé des jeunes Franciliens, résultats du Baromètre de Santé publique France 2016. Paris : Observatoire régional de santé (ORS) Île-de-France ; 2019.
- [17] Gauduchon T, Spilka S. Comparaison régionale des usages de drogues à 17 ans. In : Beck F. Jeunes et addictions . Paris : OFDT ; 2016.
- [18] Hartman RL, Huestis MA. Cannabis effects on driving skills. Clin Chem. 2013 Mar;59(3):478-92. doi: 10.1373/clinchem.2012.194381
- [19] Collège national des universitaires en psychiatrie (CNUP), Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique (AESP), Collège universitaire national des enseignants en addictologie (CUNEA). Référentiel national de psychiatrie et d'addictologie. Paris : PUF ; 2014.
- [20] Gracie K, Hancox RJ. Cannabis use disorder and the lungs. Addiction. 2021 Jan;116(1):182-190. doi: 10.1111/add.15075
- [21] Observatoire européen des drogues et des toxicomanies. Rapport européen sur les drogues 2021 : Tendances et évolutions. Luxembourg : Office des publications de l'Union européenne ;2021.
- [22] Azofeifa A, Mattson ME, Schauer G, McAfee T, Grant A, Lyerla R. National Estimates of Marijuana Use and Related Indicators — National Survey on Drug Use and Health, United States, 2002–2014. MMWR Surveill Summ 2016;65(No. SS-11):1–25. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.ss6511a1external.icon>.
- [23] Center for Behavioral Health Statistics and Quality. Results from 2015 National Survey on Drug Use and Health: Detailed Tables. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville, MD; 2016.
- [24] Coughlin LN, Bonar EE, Bohnert KM, Jannausch M, Walton MA, Blow FC, Ilgen MA. Changes in urban and rural cigarette smoking and cannabis use from 2007 to 2017 in adults in the United States. Drug Alcohol Depend. 2019 Dec 1;205:107699. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2019.107699
- [25] Cornel H, Daubitz S, Jüngling K, Schmidt A, Seidel A, Straub J. Berliner JDH-Studie, Jugend, drogen, hintergründe. [en ligne] Berlin : Suchtprävention; 2014
Disponible sur : https://www.berlin-suchtpraevention.de/wp-content/uploads/2016/10/141210_2014_JDH-Studie_web.pdf

- [26] Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung. Drogen und Suchbericht. [en ligne]. Berlin; 2019.
Disponible sur : https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Broschuere/Drogen_und_Suchtbericht_2019_barr.pdf
- [27] Gandillon M, Cadet-Tairou A. Les usages de drogues en espace rural. OFDT. Tendances. OFDT ;2015 ; 104.
- [28] Inserm (dir.). Conduites addictives chez les adolescents - Usages, prévention et accompagnement. [En ligne] Rapport. Paris : Les éditions Inserm, 2014, XVIII-482 p. (Expertise collective).
Disponible sur : <http://hdl.handle.net/10608/5966>
- [29] Le Nezet O, Philippon A, Lahaie E, Andler R. Les niveaux d'usages de cannabis en France en 2020. OFDT, Santé publique France. OFDT; 2021. (Notes de synthèse.2021:06)
- [30] Hays R, Hayashi T, Stewart A. A Five-Item Measure of Socially Desirable Response Set. Educational and Psychological Measurement – Educ psychol meas. 1989;49:629-36.
- [31] Obradovic I. Drogues et addictions : 20 ans d'évolutions en France (2000-2020). Psychotropes, 2021 ;27(3) : 35-64.
- [32] Beck F, Legleye S, Maillachon F, de Peretti. Le rôle du milieu social dans les usages de substances psychoactives des hommes et des femmes. In : Insee. Regards sur la parité ;2008.(Insee références).
- [33] Beck F, Legleye S, Spilka S. Consommation et surconsommation de cannabis : apports et limites de l'épidémiologie. Psychotropes. 2007;13(1):9-31.
- [34] Spilka S, Janssen E, Legleye S. Détection des usages problématiques de cannabis: le Cannabis Abuse Screening Test (CAST). Saint-Denis : OFDT ; 2013 (Note n° 2013-02).
- [35] Spilka S, Bouillet C. Les usages de drogues des adolescents parisiens et séquano-dionysiens en 2014 [En ligne]. Paris : OFDT ; 2015.
Disponible : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxssvc.pdf>
- [36] Fernandez L, Bonnet A, Jauffret C, Niel E, Pedinielli J-L. Dépendance au cannabis et événements de vie, Alcoologie et addictologie. 2006 ; 28(1):29-40.
- [37] Khantzian E. The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. In : Allen DF, editor. The cocaine crisis. Plenum Press, New York ;1987. P.65-74. doi.org/10.1007/978-1-4613-1837-8
- [38] Sapolsky RM, Romero LM, Munck AU. How do glucocorticoids influence stress responses? Integrating permissive, suppressive, stimulatory, and preparative actions. Endocr Rev. 2000 Feb;21(1):55-89. doi: 10.1210/edrv.21.1.0389.
- [39] Nutt D. Drug without the hot air. Cambridge : UIT Cambridge Ltd; 2012.
- [40] Enoch MA. The role of early life stress as a predictor for alcohol and drug dependence. Psychopharmacology (Berl). 2011 Mar;214(1):17-31. doi: 10.1007/s00213-010-1916-6.
- [41] Brewerton TD, Brady K. The Role of Stress, Trauma, and PTSD in the Etiology and Treatment of Eating Disorders, Addictions, and Substance Use Disorders. In: Brewerton TD, Baker Dennis A, editors. Eating Disorders, Addictions and Substance Use Disorders: Research, Clinical and Treatment Perspectives. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2014. p. 379-404.
- [42] Nordfjaern T, Hole R, Rundmo T. Interrelations between patients' personal life events, psychosocial distress, and substance use. Subst Use Misuse. 2010 Jun;45(7-8):1161-79. doi: 10.3109/10826080903567863.
- [43] Zilberman N, Yadid G, Efrati Y, Rassovsky Y. Negative and positive life events and their relation to substance and behavioral addictions. Drug Alcohol Depend. 2019 Nov 1;204:107562. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2019.107562
- [44] Kaplow JB, Widom CS. Age of onset of child maltreatment predicts long-term mental health outcomes. J Abnorm Psychol. 2007 Feb;116(1):176-87. doi: 10.1037/0021-843X.116.1.176.
- [45] Bolger, Patterson, Kupersmidt, 1999. Sequelae of Child Maltreatment. Vulnerability and Resilience. In : Luthar S.S. Resilience and vulnerability. Adaptation in the context of childhood adversities. Cambridge : Cambridge University Press; 2003.
- [46] Thornberry TP, Ireland TO, Smith CA. The importance of timing: the varying impact of childhood and adolescent maltreatment on multiple problem outcomes. Dev Psychopathol. 2001 Fall;13(4):957-79.
- [47] Du Roscoät E, Clément J, Lamboy B. Interventions validées ou prometteuses en prévention de la consommation de substances illicites chez les jeunes : synthèse de la littérature. Santé publique ; 2013, (suppl. 1) : 47-56.
- [48] Inserm (dir.). Cannabis: Quels effets sur le comportement et la santé?. Rapport. Paris : Les éditions Inserm, 2001, XII- 429 p. - (Expertise collective). - <http://hdl.handle.net/10608/171>.
- [49] OFDT. Accès aux données par région [En ligne]. 2021. Disponible : <https://www.ofdt.fr/regions-et-territoires/acces-aux-donnees-par-regions/>

CONSOMMATION DE CANNABIS EN ÎLE-DE-FRANCE RÉSULTATS DU BAROMÈTRE DE SANTÉ PUBLIQUE FRANCE 2017

L'essentiel de l'étude :

- En 2017, 44,3 % des Franciliens de 18-64 ans avaient déjà consommé du cannabis, 11,0 % en avait consommé dans l'année, 6,7 % en consommaient régulièrement et 2,0 % quotidiennement. Les prévalences d'usage de cannabis sont globalement supérieures à celles observées en province rurale et inférieures à celles de la province urbaine.
- En Île-de-France, la proportion d'expérimentateurs a augmenté entre 2005 et 2017, tandis que les autres niveaux de consommation sont restés stables alors qu'ils ont progressé en province rurale et province urbaine.
- Les niveaux de consommation des hommes sont toujours supérieurs à ceux des femmes, avec un sex ratio qui augmente avec l'intensification de l'usage ; la consommation de cannabis chez les femmes est en plus forte progression que chez les hommes.
- L'âge d'initiation au cannabis avance chez les jeunes générations et se situe à 17,8 ans chez les 25-34 ans ;
- L'expérimentation et l'usage actuel sont plus importants à Paris et dans les Hauts-de-Seine que dans les autres départements d'Île-de-France ;
- L'expérimentation et l'usage actuels sont le fait des Franciliens les plus aisés et les plus diplômés, tandis que les consommations plus élevées sont davantage associées au chômage et aux revenus faibles ;
- Le risque de dépendance au cannabis est plus important chez les hommes et chez les Franciliens les plus défavorisés ;
- Les événements de vie négatifs dans l'enfance, de nature familiale mais surtout de nature sexuelle, sont un facteur de risque de consommation de cannabis ;
- La consommation de cannabis est plus fréquente chez les Franciliens ayant subi un épisode dépressif caractérisé dans les 12 derniers mois.

Nous remercions le « groupe Baromètre santé 2017 » de Santé publique France (Raphaël Andler, Chloé Cogordan, Romain Guignard, Christophe Léon, Viêt Nguyen-Thanh, Anne Pasquereau, Jean-Baptiste Richard, Maëlle Robert) ainsi que Emmanuel Lahaie pour sa relecture attentive.

Les résultats présentés sont issus du travail d'analyse et d'interprétation des auteurs qui en sont seuls responsables.



Financé par



Observatoire régional de santé Île-de-France

15 rue Falguière - 75015 PARIS - Tél. (33) 01 77 49 78 60 - www.ors-idf.org
Président : Dr Ludovic Toro - Directrice de la publication : Dr. Isabelle Grémy

L'ORS Île-de-France, département de L'Institut Paris Région, est un observatoire scientifique indépendant financé par l'Agence régionale de santé et le Conseil régional d'Île-de-France.

ISBN : 978-2-7371-2167-8