
1

Usages de substances psychoactives : données épidémiologiques et sociales

Les usages de produits psychoactifs en population adolescente sont documentés en France depuis la fin des années 1990 à l'aide de trois enquêtes : HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*), Espad (*European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*) et Escapad (Enquête sur la santé et les consommations réalisée lors de la Journée Défense et Citoyenneté) permettant de couvrir l'ensemble de la période 11-17 ans. Ces enquêtes représentatives de la population générale adolescente décrivent les consommations de substances psychoactives et permettent d'en étudier les principaux facteurs susceptibles d'influencer les usages, comme la précocité, le genre, la situation familiale ou scolaire. Elles complètent un dispositif qui interroge les adultes de 18 à 85 ans, afin de couvrir de façon exhaustive l'ensemble de la population résidant en France, ce dernier dispositif ayant donné lieu à une exploitation spécifique sur les 15-30 ans (Beck et Richard, 2013).

Il convient d'emblée de préciser que le système d'observation et de description quantitatif des comportements d'usage de drogues, s'il est encore récent comparativement aux pays anglo-saxons notamment, compte parmi les plus complets d'Europe avec ces quatre grandes enquêtes représentatives. Le besoin de quantifier les usages de drogues est apparu au début des années 1990 avec l'irruption du VIH et la préoccupation pressante d'une réponse sanitaire dans laquelle la notion de risque (associé) a occupé une place centrale. Les enquêtes s'inscrivaient initialement dans un paradigme épidémiologique dont elles restent encore aujourd'hui en partie imprégnées. Toutefois, le besoin de décrire la diversité des usages sociaux de drogues et de replacer les pratiques dans des contextes plus larges ont conduit ce dispositif vers la sociologie quantitative et l'épidémiologie sociale plus à même de caractériser les contextes d'usage et leurs motivations. Si les approches sociologiques et qualitatives ont pu se développer et démontrer leur pertinence dans la compréhension des comportements d'usage et notamment dans celle des trajectoires, il n'en demeure pas moins que la place des sciences sociales dans l'étude des usages de drogues reste encore trop faible en France.

Au sein des pays de l'Union européenne, le dispositif d'observation mis progressivement en place en France est devenu en quelques années l'un des plus riches, s'appuyant sur des enquêtes validées au niveau international. Il offre ainsi un descriptif rigoureux des niveaux d'usage (voire des usages à risque, d'abus ou de la dépendance) des différents produits psychoactifs licites ou illicites en population adolescente en France sur une période de plus de dix ans. Le contexte international de deux de ces enquêtes (HBSC et Espad) permet de comparer les niveaux de consommation des jeunes français à ceux de leurs homologues européens et la taille importante de l'échantillon de l'enquête Escapad autorise notamment une approche régionale des usages. Par ailleurs, des questions spécifiques permettent d'étudier l'accessibilité perçue des produits, la place des boissons énergisantes ou des prémix, ainsi que les principaux facteurs associés aux usages de drogues.

Sources de données

Les enquêtes en population générale (ici adolescente) sont les seuls outils permettant de décrire les pratiques de consommation de produits psychoactifs, licites ou illicites, et de les quantifier de façon à connaître leur « vraie » proportion dans la population (encadrés 1.1 et 1.2). En cela, elles sont complémentaires des approches ethnographiques (qui décrivent en détail les pratiques de petits groupes d'individus ciblés), des données d'activité des services répressifs (dans le cas des produits illicites ou des infractions commises dans l'usage des produits licites) ou sanitaires (qui décrivent les conséquences en termes de santé des usages des produits licites ou non).

Les trois enquêtes menées en France auprès des adolescents sont auto-administrées (questionnaires papiers), anonymes et confidentielles. Elles reposent sur des questionnements relativement courts (de 30 à 50 minutes) essentiellement composés de questions fermées. Deux sont quadriennales et se déroulent en milieu scolaire. L'enquête HBSC, réalisée depuis 1995 (2002 en France) dans une quarantaine de pays d'Europe et d'Amérique du Nord, interroge les élèves de 11, 13 et 15 ans sur leurs comportements de santé (Godeau et coll., 2012) (cf. annexe 3). L'enquête Espad, réalisée en France depuis 1999 et dont le dernier exercice publié a été mené en 2011, permet pour sa part d'observer les usages des jeunes gens scolarisés âgés de 16 ans dans 35 pays d'Europe dont la France (Hibell et coll., 2012 ; Spilka et Le Nézet, 2013) (cf. annexe 3). Enfin, menée régulièrement depuis 2000, l'enquête Escapad sur la santé et les consommations réalisée lors de la Journée Défense et Citoyenneté (JDC), permet de faire le point sur les niveaux de consommation de substances psychoactives à la fin de l'adolescence (Spilka et coll., 2012) (cf. annexe 3). Ces trois enquêtes documentent la diffusion

des usages de substances tout au long de l'adolescence, entre 11 et 17 ans³⁵, et apportent un éclairage spécifique sur les usages les plus précoces. Réalisées à l'âge des premières consommations et des premières ivresses, elles permettent d'en étudier le contexte ainsi que certaines des circonstances dans lesquelles, le cas échéant, les usages de substances « s'installent » dans la vie des jeunes.

Ces enquêtes ont vocation à renseigner sur les grandes tendances en matière d'usage, mais ne sont guère aptes à fournir un « diagnostic addictologique » permettant d'obtenir un nombre précis d'adolescents dépendants ou présentant des conduites d'abus, en raison du mode de recueil des données et de l'absence d'entretien clinique avec un médecin. Des trois enquêtes, Escapad, centrée sur la fin de l'adolescence, est vraisemblablement celle qui distingue le mieux les adolescents réellement engagés dans la (ou les) consommation(s). Cette enquête intègre en effet un test de repérage des consommations problématiques de cannabis validé en population générale et clinique adolescente (le test CAST – *Cannabis Abuse Screening Test*) (Legleye et coll., 2011b, 2012b et 2013c). Le dernier exercice comportait également des questions concernant les pratiques d'usage les plus à risque. Ainsi, en 2011, 0,4 % des adolescents de 17 ans ont précisé avoir déjà eu l'occasion de s'injecter une drogue et 5 % des adolescents ont obtenu un score au test CAST les identifiant comme usagers problématiques de cannabis (7 % des garçons et 3 % des filles³⁶) (Le Nezet, 2013 ; Spilka et coll., 2013a). Cette proportion s'élève à 18 % parmi les usagers qui ont consommé du cannabis dans l'année (23 % pour les garçons et 13 % parmi les filles) (encadré 1.3). Concernant les usages problématiques d'alcool, on peut regretter l'absence d'échelle de repérage spécifique pour la population adolescente même si le test de l'AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) pourrait être utilisé dans cette population (Knight et coll., 2003 ; Reinert et Allen, 2007). Cependant, il est probable que la mesure des fréquences d'ivresses ou des API (alcoolisations ponctuelles importantes, soit avoir bu au moins 5 verres lors d'une même occasion), permette d'approcher des comportements d'alcoolisation potentiellement problématiques dès lors que ces formes d'alcoolisation excessive se répètent. Ainsi, en 2011, un adolescent de 17 ans sur dix a déclaré avoir été ivre au moins dix fois dans l'année et 2,1 % avoir eu dix API ou plus au cours du dernier mois.

Enfin, comme toutes les enquêtes sur des sujets sensibles, les enquêtes quantitatives auprès des adolescents présentent quelques limites qu'il faut rappeler.

35. Ces trois enquêtes reposent sur un échantillonnage aléatoire et leurs questionnaires ont fait l'objet d'une harmonisation.

36. L'étude de validation du CAST menée dans Escapad en 2008 a permis d'évaluer la dépendance au sens DSM-IV à 6,5 % parmi les adolescents de 17 ans : 7,9 % parmi les garçons et 5,0 % parmi les filles (Legleye et coll., 2011b).

Les données sont obtenues par des questionnaires auto-administrés : le sujet portant sur des pratiques parfois illicites, des sous-déclarations mais aussi des sur-déclarations peuvent avoir lieu :

- le statut légal et l'évolution des produits (comme ce fut récemment le cas pour les poppers, voir *infra*), le cadre répressif et sa connaissance par les jeunes, les représentations sociales des produits et de leurs consommateurs, la conduite de campagnes de santé publique ou de prévention des usages, mais aussi les niveaux d'usage dans la population, peuvent faciliter ou au contraire décourager les réponses positives indépendamment de la réalité des usages ;
- dans le cas de l'enquête Espad, où la disposition des élèves n'est pas modifiée dans les classes participantes (les ami(e)s se trouvant généralement côte à côte), des effets de sur-déclaration (en particulier des expérimentations) peuvent être suspectés, dans le but de produire une image valorisante de soi.

L'organisation de ces enquêtes se heurte aussi à quelques difficultés qui ne sont pas sans lien avec les usages de drogues :

- dans les enquêtes HBSC et Espad, les refus des établissements scolaires, de certains élèves ou de leurs parents ainsi que l'absentéisme des élèves peuvent être corrélés aux pratiques que l'on cherche à observer. Ainsi, environ 10 % des élèves d'une classe donnée sont absents le jour de l'enquête (alors que les élèves qui « sèchent » consomment plus que les autres ; Grube et coll., 1989) et certains chefs d'établissements scolaires refusent ces enquêtes parce que la thématique est jugée trop sensible dans le contexte de l'établissement ;
- l'enquête Escapad menée lors de la Journée Défense et Citoyenneté (JDC) présente certains avantages de ce point de vue : le taux de participation est exceptionnellement élevé (cette journée est obligatoire pour tous les jeunes Français âgés de 17 ans), elle permet d'inclure des jeunes sortis du système scolaire, et son déroulement hors du cadre scolaire limite les complicités susceptibles d'exister entre les élèves d'une même classe. Toutefois, elle se borne à une période circonstanciée de l'adolescence (17 ans) et n'inclut pas, par définition, les jeunes de nationalité étrangère et les plus marginaux qui refuseraient de venir (ou viendraient plus tard) à la JDC.

Finalement, les trois enquêtes présentent aussi des limites pour l'observation des comportements les plus marginaux : ces comportements étant rares dans la population, leur description précise nécessiterait des échantillons de taille très importante.

Toutefois, il faut noter que la méthodologie de ces enquêtes est validée par des comités d'experts issus de très nombreux pays (une cinquantaine pour HBSC, une quarantaine pour Espad). Les nombreux tests et évaluations de qualité dont elles font fréquemment l'objet montrent que les jeunes ont confiance dans l'anonymat et la confidentialité des dispositifs d'enquêtes et que leurs réponses sont très largement sincères. Les données ainsi recueillies sont de grande qualité et utilisées par de très nombreux pays pour des besoins de santé publique mais aussi de recherche (Muscat et coll., 2007).

Encadré 1.1 : Indicateurs d'usages les plus courants

Ils sont dérivés de déclarations de consommations à des questions portant sur la vie, l'année et les trente derniers jours précédant l'enquête. L'expérimentation désigne le fait d'avoir déjà consommé un produit au moins une fois au cours de sa vie. L'usage actuel désigne la déclaration d'au moins une consommation durant l'année écoulée. L'usage dans le mois (ou récent) désigne la déclaration d'au moins une consommation durant les 30 derniers jours. L'usage régulier désigne la déclaration d'au moins dix épisodes de consommations au cours des trente derniers jours pour le cannabis et l'alcool et un usage quotidien pour le tabac. L'alcoolisation ponctuelle importante (API) désigne la déclaration de consommation d'au moins 5 verres de boissons alcoolisées en une occasion. Les ivresses répétées désignent la déclaration d'au moins trois épisodes d'ivresse au cours de l'année écoulée et les ivresses régulières désignent la déclaration d'au moins dix épisodes d'ivresse au cours de l'année écoulée.

Encadré 1.2 : Interrogation des plus jeunes par les enquêtes en population générale : une question de méthode ?

L'interrogation des plus jeunes par les enquêtes en population générale présente quelques limites. En 1997, dans le Baromètre Santé Jeunes (Arenes et coll., 1998), les questions relatives à la consommation de drogues illicites n'étaient pas posées aux adolescents âgés de 12 à 14 ans. Cette précaution avait été prise à la suite de l'enquête pilote, menée en octobre 1997, au cours de laquelle les enquêteurs avaient relevé une fréquente gêne sur ce thème chez les plus jeunes, suscitant une hausse du taux de non-réponse. L'équipe de recherche avait également jugé qu'une telle interrogation, déconnectée de toute action de prévention et de toute possibilité d'échange approfondi sur la question, était de nature à perturber les enquêtés les moins renseignés, ce qui est souvent le cas des plus jeunes. Pour les mêmes considérations, l'enquête HBSC ne pose les questions sur les drogues illicites autres que le cannabis qu'aux élèves de 15 ans, la présence de ces questions dans le questionnaire destiné aux très jeunes élèves (entre 10 et 13 ans) étant susceptible de mettre en péril l'acceptation de l'ensemble de cette enquête généraliste bien acceptée même par les plus jeunes. Cette sensibilité est plus exacerbée dans certains pays, mais, dans un souci d'harmonisation, tous ont préféré retirer ces questions pour les 11 et les 13 ans. Actuellement, malgré un nombre toujours limité de questions concernant les consommations, les expérimentations d'alcool, tabac et cannabis sont cependant renseignées.

Il faut souligner l'importance de l'effet de la méthode d'interrogation, l'entretien téléphonique conduisant souvent à des déclarations d'usages de substances plus faibles que le mode auto-administré (Beck et Peretti-Watel, 2001). Dans la mesure où la connaissance de la précocité des expérimentations peut se révéler importante pour décrire la diffusion des usages dans la population et prédire son évolution future, les problèmes méthodologiques relatifs à l'interrogation des plus jeunes ont donc conduit les équipes impliquées à ne pas interroger les 12-14 ans dans le cadre du Baromètre santé de l'INPES (enquête téléphonique) et à développer les modules de questions déjà existants dans l'enquête HBSC.

Une grande partie des jeunes (et notamment des très jeunes) adolescents interrogés peut méconnaître ou confondre certains des produits interrogés. Cette limite des enquêtes en population générale s'estompe en partie avec l'âge des individus interrogés. Si les enquêtes HBSC et Espad qui concernent les plus jeunes posent des questions concernant des produits rares, il apparaît préférable de ne pas présenter ces données.

Encadré 1.3 : Tests de repérage de l'usage problématique et de la dépendance au cannabis

Il faut distinguer deux types de repérage :

- le repérage à l'échelle populationnelle, cadre dans lequel il s'agit de mesurer des prévalences et des évolutions entre des enquêtes successives, de construire des variables de facteurs de risque dans des enquêtes en population générale ;
- le repérage à l'échelle clinique ou préclinique où il s'agit d'orienter les individus pour un traitement ou un diagnostic plus poussé, proposer des auto-évaluations, ou évaluer l'efficacité d'un programme de thérapie.

Le repérage est un outil et un moyen. Il diffère du diagnostic, qui est la reconnaissance d'un trouble (syndrome ou maladie) identifié dans une nosographie et relève de la médecine. Le diagnostic est posé par un médecin, le repérage peut reposer sur des outils standardisés et un personnel non médical. Repérage et étiologie ne doivent pas être confondus. Les tests peuvent repérer des individus dont les symptômes ne sont pas nécessairement produits uniquement par les usages de produits psychoactifs. Les comorbidités psychiatriques peuvent intervenir comme facteurs de confusion. S'il peut s'avérer simple de démêler ces aspects en consultation clinique, cela est généralement impossible dans une étude populationnelle.

Le but de recourir à des instruments validés de repérage dans les enquêtes en population générale repose sur la conviction que les simples fréquences d'usage ne sont pas adéquates pour décrire l'ensemble des modalités de consommation des produits et leurs conséquences. Il s'agit donc avant tout d'affiner la description de la population des usagers. C'est ce qui a présidé au choix des items du test CAST (Cannabis Abuse Screening Test).

La validation d'un questionnaire de repérage repose sur la comparaison d'un score obtenu via le test censé repérer les usagers problématiques, et une référence, qui peut être un diagnostic addictologique médical posé par un praticien lors d'un entretien clinique, ou bien par un pseudo-diagnostic fourni par un test (auto- ou hétéro-administré) standard de référence. Le diagnostic addictologique et le test standard de référence reposent sur des concepts tirés de recommandations internationales comme la CIM et le DSM. Le choix de ces concepts est un enjeu, tout autant que l'algorithme utilisé pour les opérationnaliser en critères cliniques (combien de critères faut-il totaliser pour être considéré comme dépendant, par exemple). En situation clinique, il existe également une tension entre l'usage des critères addictologiques menant à un diagnostic fondé sur la CIM ou le DSM, opérationnalisés en liste de critères formulés en questions, et la détermination d'un diagnostic qui repose aussi sur la conviction du médecin. Les deux peuvent ne pas tout à fait concorder. Les nosographies ne sont d'ailleurs pas stables dans le temps et font l'objet de critiques et de révisions successives qui n'assurent pas la continuité des classements (Room, 1998).

En situation populationnelle, davantage qu'en situation clinique, la brièveté du questionnaire est à privilégier. De plus, pour la validation, des contraintes particulières s'imposent aux concepteurs d'étude : il est difficile de recruter un échantillon représentatif de jeunes pour qu'ils remplissent un test de repérage puis subissent un entretien clinique menant à un diagnostic addictologique. La validation reposera alors sur le recours à un test standard de référence, qui n'est qu'une approximation ou une traduction auto-administrée (et à ce titre toujours critiquable, comme toute traduction) de l'entretien clinique. De plus, le seuil optimal d'un test de repérage dépend fortement de la population dans laquelle a lieu la validation et du protocole utilisé : en situation clinique, où les sujets sont patients et viennent pour un traite-

ment ou un diagnostic, les sujets sont plus consommateurs et plus souvent réellement usagers à problèmes qu'en population générale. Or la détermination d'un seuil optimal pour un repérage repose sur le contraste entre concernés et non concernés par les problèmes étudiés, les porteurs d'un score élevé et d'un score faible. Les résultats obtenus pour un même test diffèrent alors nécessairement dans les deux contextes, même lorsque le diagnostic clinique ou le test standard de référence s'appuie sur les mêmes concepts addictologiques comme le DSM-IV : les scores optimaux sont ainsi plus élevés dans le contexte clinique que populationnel.

Les seuils optimaux obtenus à l'issue de la validation d'un test de repérage dans une population donnée d'une société donnée ne peuvent pas être utilisés sans précaution dans un autre contexte : si les concepts structurant le test ont bien une prétention universelle, leur pertinence n'est pas garantie dans toutes les cultures, et leur opérationnalisation dans une langue et un contexte donné posent des problèmes spécifiques. Il n'y a pas nécessairement invariance de la mesure et tout instrument validé dans un pays ou sur une tranche d'âge doit en principe être revalidé dans sa population cible. Par ailleurs, les concepts et gold-standard utilisés pour les validations sont également sujets à évolution. Le passage du DSM-IV (catégoriel) au DSM-5 (dimensionnel) en est une des illustrations récentes. Ces gold-standard doivent être eux-mêmes revalidés lorsqu'ils sont utilisés en clinique et plus encore en étude populationnelle.

Diffusion des usages selon le sexe et l'âge

Actuellement, l'ensemble des données d'enquêtes auprès des adolescents disponibles en France permet d'une part de suivre l'évolution des consommations depuis plus de dix ans pour certaines d'entre elles et, d'autre part, de couvrir toute la période de l'adolescence grâce à l'élargissement des échantillons des volets français des enquêtes HBSC en 2010 et Espad en 2011 à l'ensemble des élèves du second degré (et plus uniquement aux seuls élèves âgés de 11, 13, 15 et 16 ans, populations de références de ces enquêtes internationales).

Expérimentations de substances psychoactives

Calendriers des expérimentations³⁷ d'alcool, de tabac et de cannabis

Si, quel que soit le produit considéré, les niveaux d'expérimentation augmentent mécaniquement avec l'âge, les progressions varient d'une substance à une autre (figures 1.1 et 1.2). Pour le tabac, le niveau d'expérimentation se situe à environ 20 % dès 12 ans et les proportions d'expérimentateurs croissent vite avant 15 ans, puis le rythme de progression se fait de moins en moins soutenu et l'écart entre les sexes diminue pour s'inverser légèrement vers 17 ans. Pour le cannabis, les prévalences de l'expérimentation sont très faibles à 12 ans, augmentent très vite jusqu'à 16 ans et progressent plus faiblement ensuite. L'expérimentation de l'alcool est déjà généralisée à 12 ans : la progression est

37. L'expérimentation désigne le fait d'avoir déjà consommé un produit au moins une fois au cours de sa vie.

donc plus lente, notamment à partir de 14 ans, et se caractérise surtout par un rattrapage des filles.

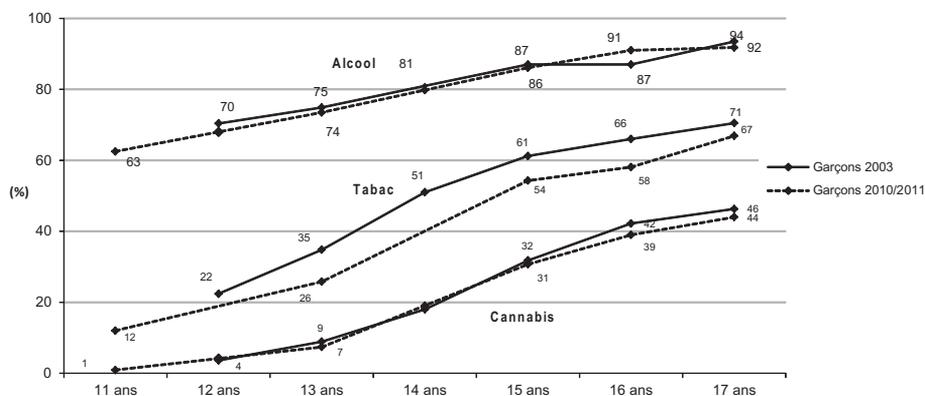


Figure 1.1 : Expérimentations du tabac, du cannabis et de l'alcool chez les garçons : prévalences au cours de la vie par âge entre 2003 et 2010/11 (d'après Beck et coll., 2007a ; Godeau et coll., 2012 ; Spilka et coll., 2012) (Sources : Espad 2003, HBSC 2010, Espad 2011 et Escapad 2011)

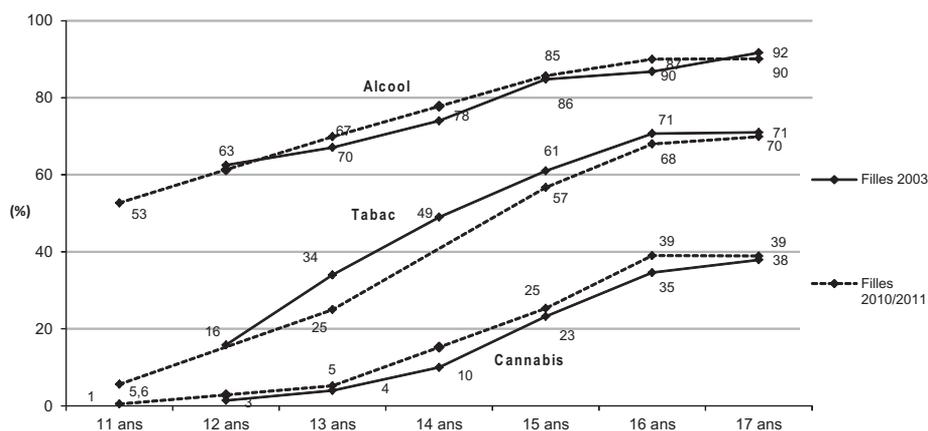


Figure 1.2 : Expérimentations du tabac, du cannabis et de l'alcool chez les filles : prévalences au cours de la vie par âge entre 2003 et 2010/11 (d'après Beck et coll., 2007a ; Godeau et coll., 2012 ; Spilka et coll., 2012) (Sources : Espad 2003, HBSC 2010, Espad 2011 et Escapad 2011)

La diffusion de cannabis au cours de l'adolescence présente deux phases distinctes : une première période où la diffusion reste faible et limitée correspondant aux premières années de l'adolescence et une seconde phase où l'expérimentation progresse fortement et ce jusqu'au début de l'âge adulte. Les significations de ces comportements sont très dissemblables, ce qui explique en partie les différences entre niveaux des expérimentations selon l'âge mais aussi leurs rythmes contrastés de progression.

Enfin, en 2011, 6,6 % des jeunes de 17 ans déclaraient n'avoir jamais expérimenté aucun des trois produits les plus courants (alcool, tabac et cannabis).

Évolutions des expérimentations de tabac, d'alcool et de cannabis

En termes d'évolutions temporelles, la principale variation observée entre 2003 et 2011 concerne le tabac dont les niveaux d'expérimentation, quels que soient l'âge et le sexe, ont baissé (la baisse étant plus sensible parmi les garçons et chez les plus jeunes). Cette moindre précocité est confirmée par l'augmentation de l'âge moyen d'expérimentation à 17 ans entre 2000 et 2011 qui est passé de 13,7 ans à 14,1 ans (Spilka et coll., 2012), tendance confirmée par les données chez les jeunes adultes (Guignard et Beck, 2013). Les expérimentations d'alcool sont restées globalement stables entre 2003 et 2011 ainsi que celles de cannabis avec toutefois une légère hausse notamment à 16 ans (35 % *versus* 39 %) parmi les filles qui entraîne un resserrement des niveaux entre les deux sexes.

Expérimentations d'autres substances

En dehors des trois principales substances que sont l'alcool, le tabac et le cannabis, les autres produits (données disponibles avec l'enquête Escapad) les plus fréquemment expérimentés en 2011 à la fin de l'adolescence sont les poppers et les produits à inhaler (respectivement 9,0 % et 5,5 %) ; viennent ensuite les champignons hallucinogènes et la cocaïne (3,5 % et 3,0 %) (encadré 1.4) puis les amphétamines, l'ecstasy et le crack (2,4 %, 1,9 % et 1,3 %), enfin le LSD et l'héroïne dont les niveaux d'expérimentation sont inférieurs à 1,0 % (respectivement 0,9 % et 0,8 %) (figure 1.3). Les garçons sont plus souvent expérimentateurs que les filles, excepté pour les poppers, les produits à inhaler et l'héroïne pour lesquels la différence par sexe n'est pas significative. La plupart de ces expérimentations sont en baisse sur la période 2008-2011, particulièrement celles de poppers et d'ecstasy qui enregistrent les diminutions les plus importantes. L'ecstasy, qui poursuit sa baisse amorcée en 2005, atteint de la sorte son niveau le plus bas depuis 2000. Par ailleurs, alors que la diffusion de la cocaïne et des amphétamines était constamment à la hausse sur la période 2000-2008, l'expérimentation de ces produits marque un léger recul entre 2008 et 2011. Les expérimentations des autres produits ne présentent pas d'évolutions marquées.

Précisons que pour tous ces produits, les usages répétés voire réguliers demeurent quasi inexistant à 17 ans. Toutefois, il est probable que les rares adolescents par ailleurs déjà usagers d'héroïne, de cocaïne ou de crack... soient engagés dans un processus de désocialisation qui les rend dès lors « invisibles » aux dispositifs d'enquête en population générale. D'autres modes d'investigation seraient nécessaires pour approcher cette population.

Enfin, pour compléter cette vue d'ensemble des expérimentations de produits illicites et des comportements à risque, l'enquête Escapad a interrogé en 2011

les adolescents sur leurs éventuelles pratique d'injection et moins de 0,4 % d'entre eux (sans différence entre les sexes) ont déclaré s'être injecté une substance au moins une fois au cours de leur vie.

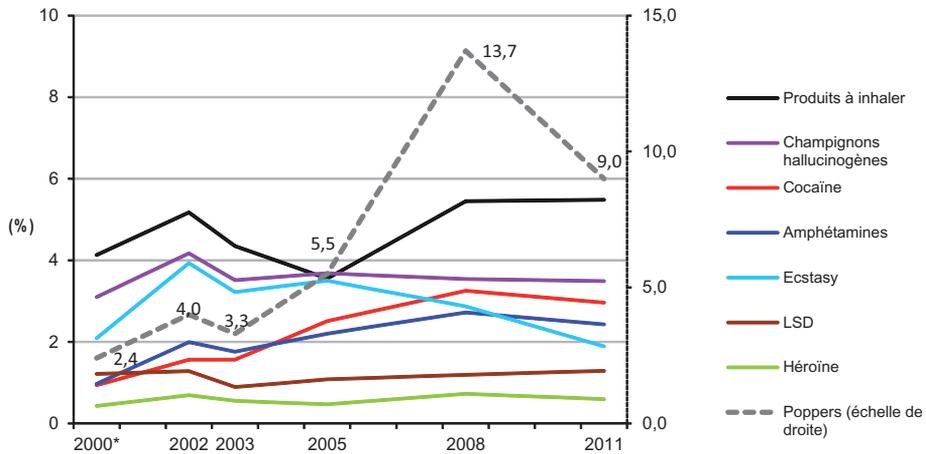


Figure 1.3 : Expérimentation des principaux produits psychoactifs autres que l'alcool, le tabac et le cannabis entre 2000 et 2011 à 17 ans (en %) (d'après Spilka et coll., 2012) (Source : enquête Escapad)

* Seules les années d'enquête sont signalées.

La variation du niveau des poppers, en 2008, est vraisemblablement liée en grande partie au changement de statut des nitrites d'alkyle qui ont été interdits à la vente en novembre 2007, provoquant un déstockage massif et une baisse des prix. Il est possible également que le bruit médiatique au moment de la mesure et la perspective de ne plus pouvoir en acheter facilement aient provoqué une hausse de la demande. Les poppers ont été autorisés à la vente en 2009 suite à l'annulation du décret par le conseil d'État, puis interdits une fois encore en 2011 suite à une demande du ministère de la Santé et enfin autorisés à la vente suite à une nouvelle annulation du décret par le conseil d'État en juin 2013.

Encadré 1.4 : Cas de la cocaïne

La cocaïne est l'une des substances psychoactives illicites les plus médiatisées. Ces dernières années, elle a fréquemment fait l'objet de « unes » ou d'articles de journaux, annonçant sa diffusion croissante dans toute la population, en particulier adolescente. D'après les investigations des journalistes et leurs interprétations des résultats des enquêtes policières mais aussi épidémiologiques, toutes les couches de la société seraient maintenant concernées.

Il est vrai que son expérimentation a crû depuis une dizaine d'années. Celle-ci concerne principalement les moins de 30 ans et devance celle des stimulants de type amphétaminique et celle des opiacés (Beck et coll., 2011 et 2013a). En 2000 parmi les adolescents de 17 ans, 0,6 % des filles avaient expérimenté la cocaïne à 17 ans. Elles étaient 1,1 % en 2003, 2,0 % en 2005, 2,4 % en 2008 et 2,7 % en 2011. Chez les garçons de 17 ans, l'expérimentation est passée de 1,3 % en 2000 à 2,0 % en 2003, 3,0 % en 2005, 4,0 % en 2008 et enfin 3,3 % en 2011. Il apparaît ainsi que le rythme de diffusion s'est ralenti voire même que l'on assiste pour la première fois à un léger reflux parmi les garçons.

Il apparaît aussi que la cocaïne n'est pas l'apanage des milieux sociaux à fort pouvoir d'achat ou des polyconsommateurs très marginalisés : à 17 ans, son expérimentation varie entre 2,6 % parmi les enfants d'exploitants agricoles et 4,0 % parmi les enfants d'artisans ou commerçants, les proportions parmi les enfants de chômeurs et de cadres étant respectivement de 3,5 % et 3,2 % (Legleye et coll., 2009). Bien que la répartition des usagers de cocaïne dans la population française soit très diffuse, quelques groupes sociaux plus spécifiques sont identifiés. Il s'agit notamment de jeunes fréquentant certains milieux festifs et de la nuit (Legleye et Beck, 2003 ; Reynaud-Maurupt et Hoareau, 2010).

Par ailleurs, la consommation de cocaïne s'avère rarement isolée. Il existe presque toujours un usage simultané d'alcool, de tabac et souvent de cannabis. En milieu festif, l'usage de cocaïne est associé à l'usage d'autres stimulants et à la fréquence des ivresses. De plus, les pratiques de régulation des effets des produits les uns par les autres amènent fréquemment les usagers à faire des mélanges (cocaïne, amphétamines, opiacés, benzodiazépines...) (Costes, 2010).

Expérimentations de médicaments psychotropes

À 16 ans, environ un adolescent sur 10 déclare avoir déjà pris un tranquillisant ou un somnifère hors prescription médicale au cours de sa vie (tableau 1.I). Avec le tabac, il s'agit des seuls produits pour lesquels les filles déclarent des niveaux d'expérimentation supérieurs à ceux des garçons, observation retrouvée également en population adulte (Guignard et Beck, 2013). On n'observe pas de véritable évolution de ces niveaux depuis 12 ans. Il existe également des données plus précises parmi les jeunes de 17 ans qui distinguent les différentes catégories de médicaments psychotropes, mais ces données ne sont disponibles que sur la période 2008-2011 et elles ne permettent pas de savoir s'il s'agit d'une prise sur prescription ou pas³⁸ (Spilka et coll., 2012). En 2011, à 17 ans, ils sont 41 % à déclarer avoir pris au moins un médicament psychotrope (cette catégorie incluant cependant l'homéopathie et la phytothérapie citées par 30 % des répondants) au cours de leur vie, ce qui marque un léger recul par rapport à 2008 (45 %). L'usage récent (au cours du mois) apparaît en revanche stable sur la période (15 %). Les produits homéopathiques ou ceux de la phytothérapie demeurent les plus fréquemment expérimentés à 17 ans (30 %), viennent ensuite les tranquillisants (15 %), les somnifères (11 %) et les antidépresseurs (6 %). Le recours à des thymorégulateurs (2 %), des neuroleptiques (2 %) et des psychostimulants (1 %) apparaît en revanche nettement moindre.

Les filles sont davantage concernées par ces usages : 51 % des filles interrogées dans Escapad en 2011 déclarent avoir déjà consommé un médicament psychotrope contre 31 % des garçons. Seuls les psychostimulants comme la Ritaline® se révèlent plus souvent consommés par les garçons (2 % *versus* 1 %) (Spilka et coll., 2012). Leur consommation est également en hausse depuis 2008 (1,3 % *versus* 1,0 %).

38. Il faut souligner que la notion de prescription délimite très mal les contours du contexte de prise des médicaments psychotropes, celle-ci pouvant être respectée ou non, récente ou ancienne, établie pour un tiers...

Tableau 1.1 : Prise au cours de la vie de tranquillisants ou somnifères hors prescription médicale à 16 ans (%) (Source : Enquêtes Espad)

	1999	2003	2007	2011
Garçons (%)	10	10	nd	8
Filles (%)	14	15	nd	15
Ensemble (%)	12	12	nd	10

Consommations régulières de tabac, d'alcool et de cannabis

Si pour le tabagisme régulier (quotidien), l'indicateur est renseigné même pour les plus jeunes, ce n'est pas le cas pour l'alcool et le cannabis (cf. encadré 1.2).

Les usages réguliers de tabac ou d'alcool apparaissent relativement rares avant 14 ans et celui de cannabis est exceptionnel avant l'âge de 15 ans (Godeau et coll., 2012 ; Spilka et Le Nézet, 2013) (figure 1.4). Ensuite, ces usages augmentent avec l'âge, le tabagisme quotidien devançant toutefois nettement la consommation régulière d'alcool et de cannabis (figures 1.5, 1.6 et 1.7). Ainsi, la proportion de fumeurs quotidiens de tabac passe de 1 % à 11 % entre 12 et 15 ans chez les garçons et de moins de 1 % à 14 % chez les filles dans l'enquête Espad (figure 1.4). On observe également une hausse avec l'âge pour les consommations d'alcool et de cannabis, notamment chez les garçons et dans une moindre mesure chez les jeunes filles (figures 1.5, 1.6 et 1.7). Les consommations quotidiennes d'alcool déclarées par les élèves de 11 ans restent rares (2,5 % des garçons et 0,8 % des filles), ces déclarations méritant à cet âge d'être interprétées avec précaution. Comme chez les plus âgés, les consommations d'alcool s'avèrent toujours plus fréquentes chez les garçons que chez les filles. Enfin, les niveaux des fréquences des ivresses tendent à évoluer à la hausse, tout comme pour les API : en 2011, 10,5 % des adolescents de 17 ans ont ainsi dit avoir connu plus de 10 ivresses alcooliques dans l'année (8,6 % en 2008). Il convient de rappeler que si la notion d'API souffre d'une certaine approximation, notamment avec l'absence d'information sur le délai durant lequel cette consommation s'est déroulée (la notion recouvre ainsi à la fois des situations d'alcoolisation très rapide et des événements festifs comme les soirées où l'alcoolisation peut se dérouler sur plusieurs heures), les ivresses pour leur part reposent sur une définition subjective liée à la perception et l'expérience de chaque individu.

Parmi les adolescents qui consomment des substances psychoactives, il faut souligner que la plupart diminuent leurs consommations – sauf de tabac – au moment de l'entrée dans la vie adulte (fin des études, premier emploi, installation en couple...) (Beck et Richard, 2013). Les consommations excessives à l'adolescence peuvent néanmoins avoir des effets délétères sur la scolarité et l'avenir socio-professionnel, voire à plus long terme sur la santé et le développement émotionnel et cognitif de l'adolescent³⁹.

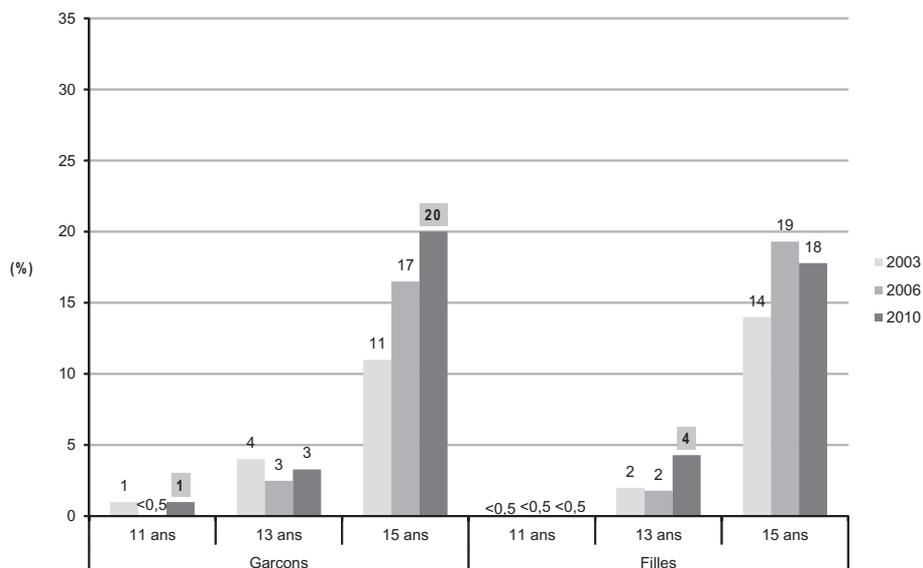


Figure 1.4 : Évolution du tabagisme quotidien entre 11 et 15 ans selon le sexe (Source : enquêtes HBSC (2006-2010) et Espad (2003))

En 2003, il ne s'agit pas des élèves de 11 ans mais des élèves de 12 ans.

Les chiffres encadrés signalent une évolution statistiquement significative sur la dernière période.

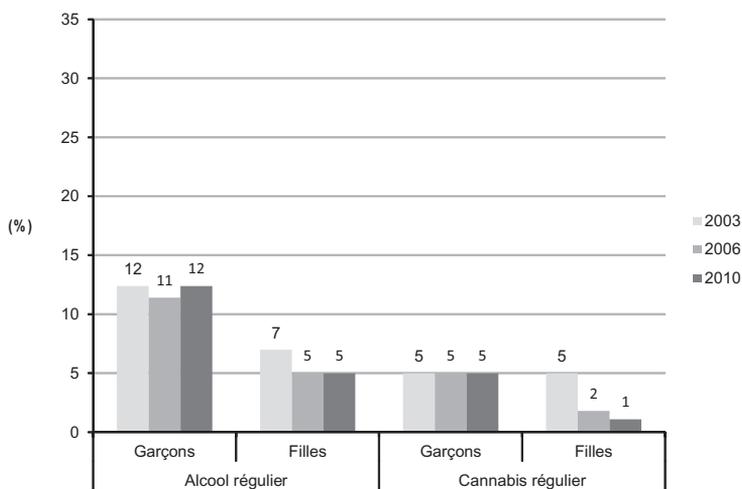


Figure 1.5 : Évolution des usages réguliers d'alcool et de cannabis à 15 ans selon le sexe (Source : enquêtes HBSC (2006-2010) et Espad (2003))

L'usage régulier d'alcool et de cannabis désigne la déclaration d'au moins dix épisodes de consommations au cours des trente derniers jours.

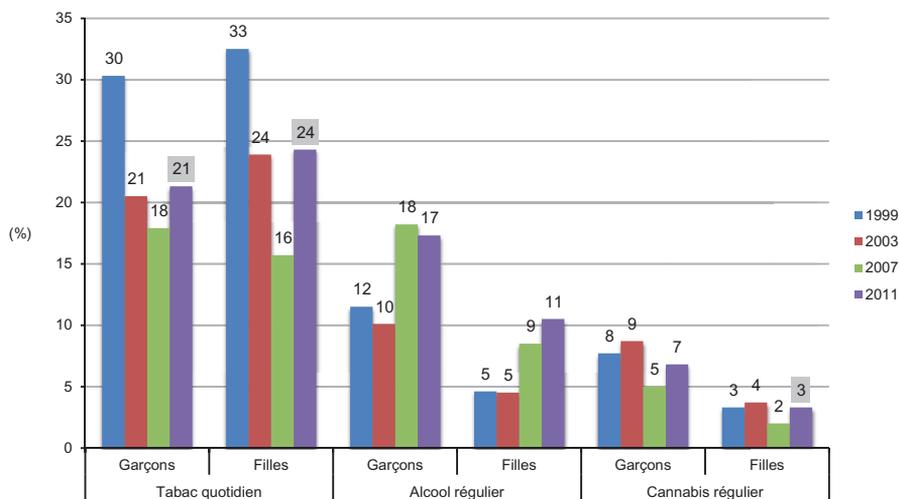


Figure 1.6 : Évolution des usages réguliers d'alcool, de tabac et de cannabis à 16 ans selon le sexe (Source : enquêtes Espad)

L'usage régulier désigne la déclaration d'au moins dix épisodes de consommations au cours des trente derniers jours pour le cannabis et l'alcool.

Les chiffres encadrés signalent une évolution statistiquement significative sur la dernière période.

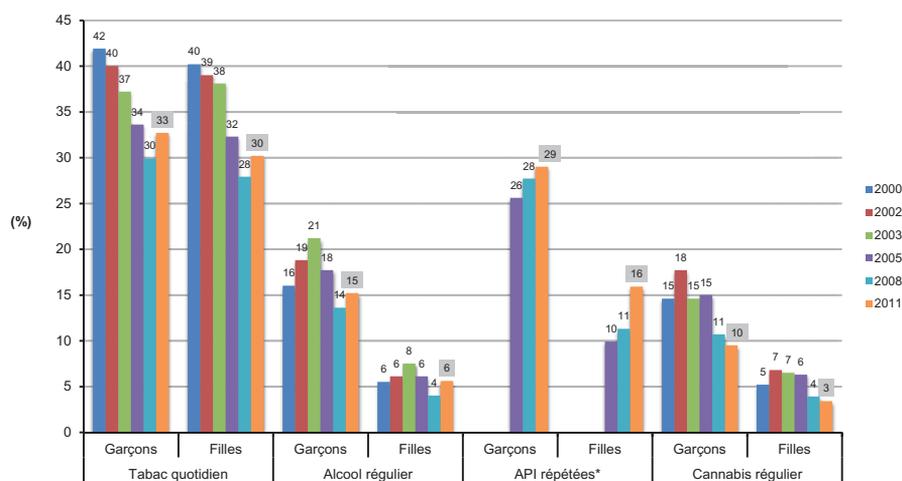


Figure 1.7 : Évolution des usages réguliers d'alcool, de tabac et de cannabis à 17 ans selon le sexe (Source : enquêtes Escapad)

L'usage régulier désigne la déclaration d'au moins dix épisodes de consommations au cours des trente derniers jours pour le cannabis et l'alcool.

* Les API répétées correspondent à 5 verres ou plus en une même occasion au moins trois fois dans le dernier mois.

Alcoolisations ponctuelles importantes (API)

Parallèlement aux niveaux de consommation d'alcool, les enquêtes permettent en outre d'étudier différents modes d'alcoolisation et notamment les consommations importantes ou excessives proches du *binge drinking* anglo-saxon⁴⁰. Au-delà de la désignation retenue (consommation ponctuelle importante ou sévère, défoncée alcoolique), la quantification de ces comportements cherche à dépeindre une alcoolisation clairement supérieure aux recommandations de l'OMS les plus diffusées (21 verres par semaine pour les hommes et pas plus de 5 verres en une occasion, 14 verres par semaine pour les femmes et pas plus de 4 verres en une occasion) dans un laps de temps relativement court avec la volonté très probable d'atteindre un état d'ébriété, et dont les effets sur la santé sont néfastes. Dans les enquêtes, l'indicateur retenu est l'alcoolisation ponctuelle importante (API), soit la déclaration de consommation d'au moins 5 verres de boissons alcoolisées en une seule occasion, au cours des trente derniers jours⁴¹.

L'API concerne plus de la moitié des jeunes de 17 ans : en 2011, 53,2 % disent avoir bu au moins cinq verres en une même occasion au cours du mois écoulé. Ils étaient 48,7 % en 2008 et 45,8 % en 2005. Cette dernière orientation clairement à la hausse se retrouve également parmi ceux qui l'ont déclarée trois fois ou plus au cours du mois (soit en 2011, 2008 et 2005 respectivement 22,6 %, 19,7 % et 17,9 %) ou dix fois et plus (respectivement 2,7 %, 2,4 % et 2,1 %). À l'image des consommations d'alcool et des ivresses alcooliques, l'API est nettement plus souvent le fait des garçons qui sont 59,7 % à déclarer au moins une API au cours du dernier mois contre 46,5 % des filles.

L'augmentation de la prévalence des API semble donc traduire une modification des modes de consommation chez les adolescents (figure 1.8). Plus fréquentes parmi les usagers réguliers d'alcool, les API se sont en effet aussi largement répandues parmi les adolescents qui boivent plus rarement (moins de dix fois dans le mois). Ainsi en 2011, parmi les buveurs réguliers, la proportion de ceux qui déclarent au moins dix API au cours du mois a progressé de 66 % par rapport à 2005 (25,3 % contre 15,2 %). Dans le même temps, ceux qui n'ont bu de l'alcool qu'une ou deux fois dans le mois sont 43,9 % à déclarer également une ou deux consommations ponctuelles importantes en 2011 ; alors qu'ils étaient 30,7 % en 2005, ce qui représente une augmentation relative de 43,0 % en six ans. Les buveurs modérés et très modérés sont donc de plus en plus concernés.

40. Voir le chapitre « Effets néfastes de l'alcool : impact du *binge drinking* sur le cerveau »

41. Ces comportements sont identifiés à l'aide de la question suivante : « Au cours des 30 derniers jours, combien de fois avez-vous bu au moins cinq verres en une seule occasion ? ».

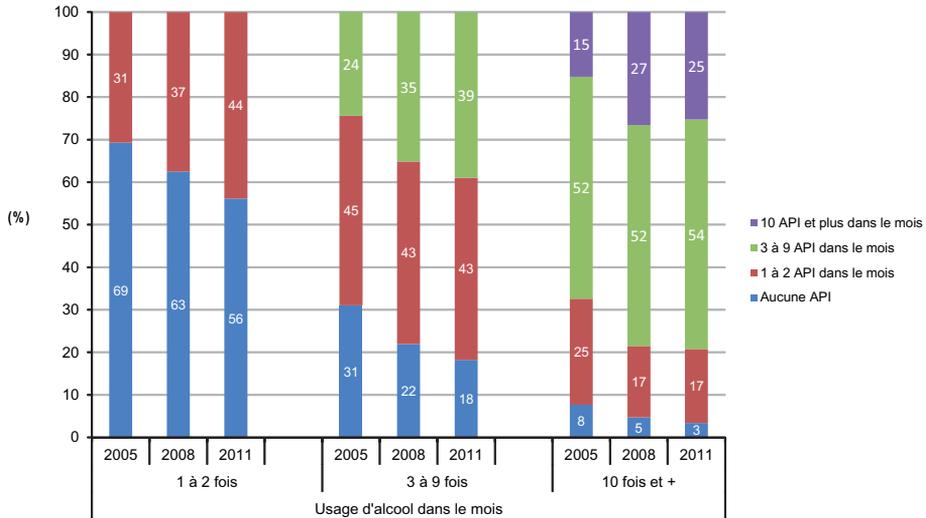


Figure 1.8 : Répartition des alcoolisations ponctuelles importantes selon la fréquence de consommation au cours des 30 derniers jours (d'après Spilka et coll., 2012) (Source : Enquêtes Escapad)

Parmi ceux qui ont bu 1 à 2 fois des boissons alcoolisées au cours des 30 derniers jours en 2011, 43,9 % déclarent au moins une alcoolisation ponctuelle importante ; ils étaient 30,7 % en 2005.

L'alcoolisation ponctuelle importante (API) désigne la déclaration de consommation d'au moins 5 verres de boissons alcoolisées en une occasion.

L'expansion de ces comportements d'alcoolisation observée dans l'enquête recoupe les constats des acteurs locaux de prévention et de lutte contre addictions qui dénoncent régulièrement leur progression dans la population adolescente.

Notons toutefois qu'il n'est pas impossible que les modifications observées soient également en partie liées au fait que les adolescents pourraient être plus sensibles aux comportements de consommation d'alcool qui font l'objet depuis plusieurs années de campagnes de prévention de la part des pouvoirs publics. Cette sensibilisation peut en effet se traduire par une plus grande propension à déclarer aujourd'hui des comportements « à risque » qui, hier, n'étaient pas identifiés comme tels. Toutefois, l'évolution à la hausse des API va de pair avec une recrudescence des ivresses alcooliques rapportées dans les enquêtes sur la même période (figure 1.9).

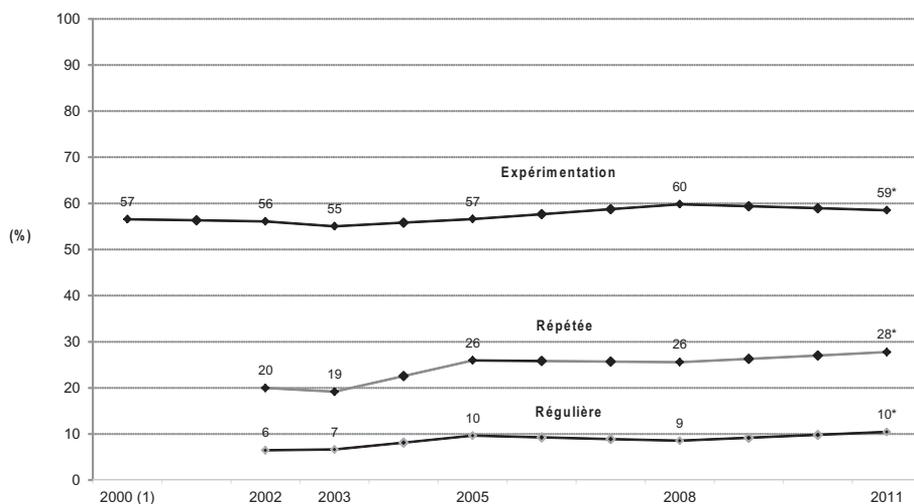


Figure 1.9 : Évolution des niveaux d'ivresse à 17 ans (%) depuis 2000 (d'après Spilka et coll., 2012) (Source : Enquêtes Escapad)

(1) : seules les années d'enquête sont signalées

(*) : signale une évolution statistiquement significative sur la dernière période.

Consommations de boissons énergisantes

L'enquête HBSC a pour la première fois en France introduit en 2010 des questions sur les fréquences de consommation des boissons énergisantes, dans le but d'étudier les profils des consommateurs mais aussi les liens avec les autres substances psychoactives et de voir dans quelle mesure ces produits sont plutôt substituables ou complémentaires.

À tous les âges de l'adolescence, les garçons sont plus consommateurs que les filles et présentent des fréquences d'usage plus élevées (figure 1.10).

Dans la mesure où les autres pays participant à l'enquête HBSC n'ont pas posé de questions sur les boissons énergisantes, les possibilités de comparaison internationale sont limitées. Une étude italienne récente a montré des proportions de consommateurs hebdomadaires de 6,2 % parmi les 6th graders (11-12 ans) et 16,5 % parmi les 8th graders (13-14 ans) (Gallimberti et coll., 2013). Comparés à ces données, les adolescents français pourraient être précoces dans l'usage des boissons énergisantes.

Les faibles écarts dans les déclarations des garçons et des filles de 4^{ème} et 3^{ème} sur la consommation d'alcool associée aux boissons énergisantes peuvent apparaître comme contre-intuitifs, les garçons étant nettement plus consommateurs des deux produits (figure 1.11). Ces résultats peuvent néanmoins être interprétés à l'aune des différences de genre observées sur les

types d'alcool : le goût des mélanges d'alcool et de boissons énergisantes est dans une certaine mesure comparable à celui des prémix (mélange d'alcools forts et de sodas), dont on sait qu'ils sont particulièrement prisés par les filles (Beck et coll., 2004).

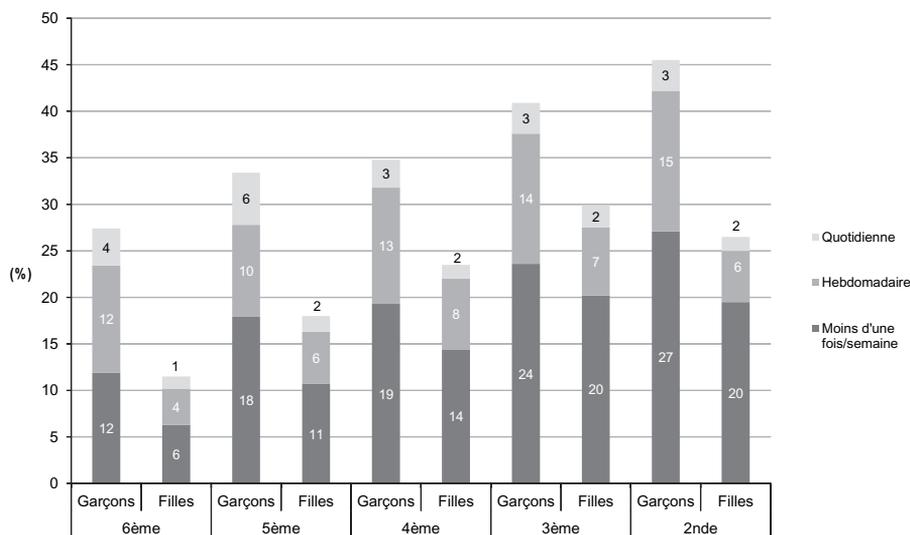


Figure 1.10 : Fréquence de consommation des boissons énergisantes de la 6^{ème} à la 2^{ème} par sexe (en %) (Source : Enquête HBSC 2010) (d'après Beck et coll., 2013b)

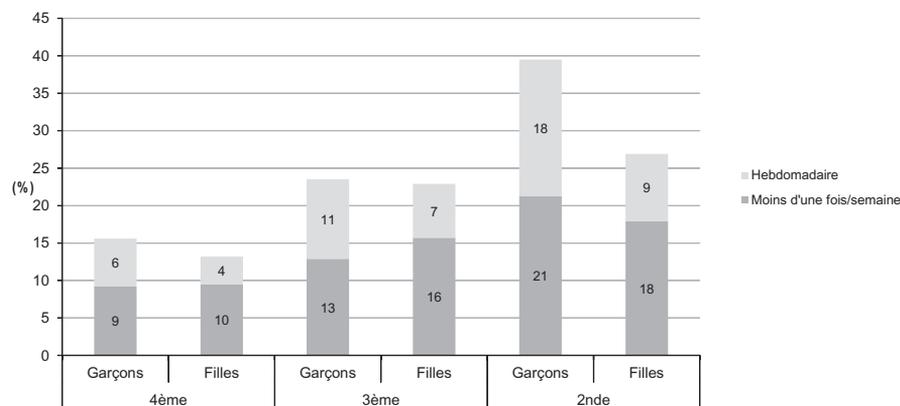


Figure 1.11 : Fréquence de consommation des boissons énergisantes associées à l'alcool de la 4^{ème} à la 2^{ème} par sexe (en %) (Source : Enquête HBSC 2010)

de boissons énergisantes, ont évoqué l'idée d'un repérage des populations à risque vis-à-vis de l'alcool par une simple question sur l'usage d'alcool associé à des boissons énergisantes dans les interventions brèves sur l'alcoolisation (Mallett et coll., 2013 ; Varvil-Weld et coll., 2013) (encadré 1.5). Néanmoins, une étude néerlandaise a montré que le recours aux boissons énergisantes pouvait aussi conduire à une diminution de la consommation globale d'alcool des jeunes par effet de substitution, et de ce fait de leur propension à en subir les effets négatifs (de Haan et coll., 2012).

Concernant le lien avec le sommeil, les études rapportent à la fois une augmentation de la vigilance chez les consommateurs de boissons énergisantes (Reyner et Horne, 2002 ; Malinauskas et coll., 2007) mais aussi un impact négatif sur le sommeil, avec notamment une augmentation de la fréquence des épisodes de somnolence diurne (Calamaro et coll., 2009 ; Bryant Ludden et Wolfson, 2010) et sur la qualité du sommeil en général (Lohsoonthorn et coll., 2013). Les données françaises d'HBSC sont en cours d'analyse pour apporter des éléments sur le lien entre consommation de boissons énergisantes et qualité du sommeil, ainsi qu'avec l'activité physique et sportive et les usages de substances psychoactives.

Encadré 1.5 : Consommations de boissons énergisantes et alcool : une relation ambivalente ?

Les boissons énergisantes, confectionnées à partir d'un mélange de différents ingrédients stimulants, sont destinées à donner un regain d'énergie au consommateur. Elles comportent le plus souvent de la caféine, de la taurine et des vitamines (en particulier des vitamines B), mais d'autres composants tels que la maltodextrine, l'inositol, la carnitine ou le glucuronolactone peuvent être présents à des concentrations variables. Elles contiennent le plus souvent beaucoup de sucre et/ou d'édulcorants. Ce goût sucré, à l'instar des prémix, les rend très populaires auprès des adolescents et des jeunes adultes. Vendues en canette de 200 ml, 250 ml ou 500 ml, les marques les plus répandues en France sont Red Bull, Monster, Dark Dog, Burn Energy Drink, Truc de Fou (la French energy)... Ces noms traduisent un ciblage marketing particulièrement tourné vers les jeunes. Si certains effets indésirables autres que ceux induits par la caféine ont pu être signalés (Clauson et coll., 2008 ; Reissig et coll., 2009 ; Seifert et coll., 2011 ; Sepkowitz, 2013), c'est surtout l'association à des boissons alcoolisées qui a été identifiée comme situation à risque (Howland et Rohsenow, 2013). En effet, les consommateurs pensent à tort que ces boissons atténuent certains effets de l'alcool dont le goût est masqué par celui des différents composants des boissons énergisantes et dont certains effets sont en apparence atténués par leur action (Ferreira et coll., 2006). Or l'association des deux augmente les conséquences délétères de l'alcool (O'Brien et coll., 2008) et notamment les rapports sexuels non protégés (Berger et coll., 2013), et peut jouer un rôle dans la survenue de la dépendance à l'alcool (Arria et O'Brien, 2011). Les boissons énergisantes sont également utilisées pour lutter contre les « lendemains difficiles » (Wolk et coll., 2012). Le ministère de la Santé déconseille ainsi la consommation des boissons énergisantes par les femmes enceintes, les sportifs et les enfants et recommande de ne pas associer cette consommation « à des boissons alcoolisées, substances ou médicaments ayant une action sur le système nerveux central ou des effets neurologiques ».

Consommation de prémix

Les prémix (ou alcopops) sont des boissons obtenues par mélange de boissons fortement dosées en sucre, de type soda ou jus de fruit, avec un alcool fort. Ces boissons titrent de 5° (pour la majorité d'entre elles) à 8° environ, soit la même dose d'alcool qu'un ballon de vin, qu'une bière ou qu'un verre d'alcool fort. Vendues en canettes ou en bouteilles de 20 à 33 cl., elles constituent un produit visant prioritairement les plus jeunes, en particulier ceux dont le processus d'acculturation aux boissons alcoolisées n'a pas encore commencé (McKeganey et coll., 1996). Masqué par un goût très sucré, l'alcool ne se sent pratiquement pas au point que les jeunes peuvent avoir l'impression de consommer un soda plus qu'une boisson alcoolisée (McKeganey, 1998).

Apparus sur le marché australien en 1993 puis en Grande-Bretagne en 1995, ils sont arrivés massivement en France au milieu des années 1990. Très populaires parmi les jeunes Européens (Blakey et coll., 1999 ; Leeming et coll., 2002), ils ont immédiatement suscité de vives réactions de la part de certains médecins, des médias et des pouvoirs publics (Forsyth, 2001). L'article 29 de la loi de financement de la Sécurité Sociale pour 1997 (loi du 27 décembre 1996), adopté par l'Assemblée Nationale, propose la création d'une taxe particulière sur les prémix. Celle-ci est de 5,55 euros par décilitre d'alcool pur, ce qui la place dans une position bien supérieure à celle des autres boissons alcooliques en France. Cette mesure excluait toutefois les mélanges à base de rhums, de cognac ou d'armagnac, de Suze (Suze Tonic) et les cassis, ainsi que les spiritueux simplement dilués à l'eau plate. Cette taxe qui correspondait environ à un surcoût de 5 FF (0,76 euros) a eu pour effet quasi immédiat d'effondrer le marché français des prémix : moins de 10 000 litres en ont été vendus en 1997, contre 950 000 litres pour l'année 1996, alors que ce marché était en plein essor (environ 350 000 litres pour l'année 1995). Les alcooliers ont mis sur le marché en 2002 de nouveaux produits dont la teneur en sucre est inférieure, ce qui leur permettait de sortir du cadre de la loi du 27/12/1996 et donc de relancer ce type de produits. Le 8 avril 2004, l'Assemblée a adopté un amendement visant à instaurer une surtaxe de 10 euros par décilitre d'alcool pur et à l'étendre à l'ensemble des *Ready to drink* (RTD).

En 2005, à 17 ans, les jeunes filles apparaissent nettement plus consommatrices de prémix que les garçons. Les prémix arrivent même au second rang des alcools les plus consommés chez les filles, précédés par les alcools forts (vodka, gin, tequila...), pour les deux sexes. Pour les garçons, c'est la bière qui figurait en seconde position (Beck et coll., 2006). En 2011, garçons et filles ne se distinguent plus sur la consommation de prémix (voir *infra* : tableau 1.V de la partie « Accessibilité des données »), et le niveau d'usage de ces produits a nettement baissé, probablement en partie du fait du coût élevé de ces produits.

Les travaux menés à l'étranger sur les prémix montrent qu'ils ont très vite bénéficié d'une image positive parmi les adolescents (Leeming et coll., 2002) et que cet attrait, à l'image de ce qui est observé en France, diminue avec

l'âge (Hughes et coll., 1997). Il faut néanmoins souligner qu'ils ont parfois été remplacés par d'autres produits prisés par les jeunes tels que les cidres doux (Romanus, 2000) sans que cela suscite la même inquiétude de la part des pouvoirs publics. Une étude sur les adolescents suisses a montré que les prémix étaient souvent consommés conjointement à d'autres types de boissons alcoolisées (Wicki et coll., 2006). Dans la même lignée, au terme d'une revue de littérature effectuée sur les années 2000, d'autres auteurs concluent que les liens entre usage de prémix et conséquences négatives liées à l'alcool sont ténus, et qu'une politique efficace de lutte contre l'alcoolisation des jeunes ne saurait se restreindre à un produit en particulier (Metzner et Kraus, 2008).

Contextes de consommation d'alcool et de cannabis

En 2005, parmi les jeunes de 17 ans ayant déclaré avoir bu de l'alcool au cours des trente derniers jours, les consommations avaient surtout eu lieu le week-end, et il s'agissait souvent d'un jour ou événement particulier (anniversaire, fête...) (Legleye et coll., 2007). La description des dernières consommations dans l'enquête montrait que la très grande majorité (85 %) des consommations d'alcool a eu lieu avec des amis, mais près d'un tiers (31 %) avec les parents. Dans ce dernier cas, il s'agissait d'une occasion particulière dans 59 % des cas. La consommation solitaire était très rare (2 %).

Les consommations dans les bars, restaurants et discothèques étaient rapportées par près d'un tiers des jeunes âgés de 17 ans, comme la consommation chez les parents (30 %). Lorsque cette consommation avait eu lieu au domicile parental, les parents étaient présents dans 82 % des cas. La consommation dans un lieu public ouvert était rapportée dans 15 % des cas.

Le contexte de la consommation de cannabis est très différent de celui de l'alcool même si, comme pour l'alcool, elle se déroule dans 92 % des cas en présence des amis. Relativement aux boissons alcoolisées, le cannabis est plus souvent consommé en semaine, un jour ordinaire et très rarement en présence des parents, bien que la proportion ne soit pas nulle (1 %). Les lieux de consommation diffèrent également fortement : le domicile des parents est moins cité, de même que les lieux publics payants comme les bars, restaurants et discothèques. En revanche, la dernière consommation de cannabis a eu lieu à l'école dans 18 % des cas et dans un lieu public ouvert dans 51 % des cas. Parmi les autres lieux, la voiture est citée largement en tête. Les consommations de cannabis ont donc souvent lieu à l'extérieur, et les consommateurs sont ainsi potentiellement exposés au regard d'autrui.

Polyconsommations

En 2011, 3,9 % des adolescents de 17 ans se déclarent à la fois fumeurs quotidiens de tabac et consommateurs réguliers (plus de 10 fois par mois) de

boissons alcoolisées ; 3,6 % sont à la fois fumeurs quotidiens de tabac et réguliers de cannabis. Enfin, 1,9 % sont des polyconsommateurs réguliers de tabac, alcool et cannabis et 0,2 % sont des usagers réguliers de cannabis et d'alcool. Toutefois, on ne peut pas distinguer dans cette enquête la prise concomitante (prise en une même occasion ou simultanée) de produits.

En 2003, toujours à 17 ans, l'usage concomitant de plusieurs substances psychoactives au cours de la vie était un comportement déclaré par environ quatre jeunes sur dix. Il s'agissait dans la très grande majorité des cas (plus du tiers des enquêtés) de l'association alcool/cannabis (pratiquée principalement dans un cadre festif), le tabac ayant été exclu de la question en raison de ses faibles potentialités de modification de l'état de conscience comparé aux autres produits. Le second type d'usage concomitant déclaré était l'association alcool/médicaments psychotropes (un enquêté sur dix) ; les autres apparaissaient beaucoup plus rares, l'association la plus courante étant ensuite celle des champignons hallucinogènes et du cannabis (2 % des jeunes) (Beck et coll., 2004).

Les polyconsommations se traduisent souvent par des situations de prise de risque ou de vulnérabilité qui justifient une attention particulière à porter à ces pratiques (encadré 1.6).

Encadré 1.6 : Théorie de l'escalade ou des opportunités en chaîne ?

Les travaux récents suggèrent que toute consommation d'un produit augmente les chances d'en consommer un autre (Palmer et coll., 2009). Les explications reposent sur le concept d'opportunité en chaîne, fondé sur la sociabilité associée aux usages des différents produits, qui augmente les chances de faire l'expérimentation de nouvelles substances : les approches pharmacologiques et mécanistes semblent devoir être remises en cause au profit de facteurs demeurant encore en grande partie méconnus (Degenhardt et coll., 2010). Ainsi, le tabac accroît par exemple le risque d'expérimenter le cannabis tout comme l'expérimentation de ce dernier accroît le risque d'expérimenter d'autres drogues illicites (Mayet et coll., 2012), mais la réciproque est également vraie : il existe un lien très fort de passage de la consommation de cannabis à celle de tabac (Patton et coll., 2005 ; Timberlake et coll., 2007 ; Mayet et coll., 2011). Si l'analyse des séquences de consommations de produits montre que les trajectoires d'usage se distribuent autour d'une norme très commune définie par un enchaînement tabac-alcool-cannabis-autres drogues illicites (la séquence pouvant bien sûr ne pas comprendre tous les types de substances cités), les trajectoires déviant de cette norme (par exemple les expérimentations de cannabis précédant les usages d'alcool ou de tabac) ne semblent pas significativement augmenter les risques de dépendance ou de problèmes ultérieurs (Degenhardt et coll., 2009). Les mêmes auteurs soulignent que les problèmes de santé mentale préexistants semblent en revanche très fortement associés à ces trajectoires déviantes et au sur-risque d'usage problématique ou de dépendance.

Ces données corroborent pleinement l'idée qu'il n'y a pas mécaniquement de glissement d'un produit à l'autre ou d'un comportement d'usage à l'autre (parfois appelée « théorie de l'escalade »). Elles décrivent des enchaînements classiques et surtout une probabilité plus faible pour les individus n'ayant qu'une expérience limitée de l'alcool ou du cannabis de rencontrer la cocaïne et l'héroïne, produits plus rares.

Principales évolutions⁴² de consommations observées depuis dix ans (2000-2011)

Les principales évolutions de consommations sont les suivantes :

- baisse des expérimentations de tabac à 17 ans sur la période 2000-2011 (de 78 % à 68 %) ;
- recul de l'expérimentation de tabac à 13 ans entre 2006 et 2010 (de 29 % à 25 %) ;
- baisse du tabagisme quotidien à 17 ans sur la période 2000-2011 (de 41 % à 31,5 %). Cependant, alors que le tabagisme quotidien avait baissé à 29,0 % en 2008, une légère reprise est constatée entre 2008 et 2011 ;
- stabilité des usages réguliers d'alcool à 17 ans sur la période 2000-2011 (11 % en 2000 et 10,5 % en 2011) ; cependant, légère augmentation des usages réguliers d'alcool entre 2008 et 2011 (de 9 % à 10,5 %) ;
- augmentation des ivresses déclarées dans l'année parmi les jeunes de 17 ans : entre 2002 et 2011, la part des adolescents qui ont connu au moins 3 ivresses dans l'année est passée de 20 % à 28 % ; on note également une hausse continue des alcoolisations ponctuelles importantes (API) au cours du mois : 46 % en 2005, 49 % en 2008 et 53 % en 2011 ;
- baisse des expérimentations de cannabis à 17 ans sur la période 2000-2011 (de 46 % à 41,5 %) ;
- baisse des usages réguliers de cannabis à 17 ans sur la période 2000-2011 (de 10 % à 6,5 %) ;
- hausse des expérimentations de cocaïne à 17 ans sur la période 2000-2011 (de 1 % à 3 %) ;
- stabilité des expérimentations d'héroïne à 17 ans : 0,6 % en 2000 *versus* 0,9 % en 2011.

L'initiation au tabac, à l'alcool et au cannabis se déroule principalement à l'adolescence et principalement à partir de 14-15 ans avec des variations notables selon les produits et spécialement pour l'alcool, dont la diffusion commence bien plus tôt. En outre, quel que soit l'âge, l'expérimentation est toujours plus importante parmi les garçons, sauf pour le tabac et les médicaments psychotropes.

Position des jeunes en France par rapport à ceux d'autres pays européens

Concernant le tabagisme à 16 ans, la France occupait en 2007 une position médiane en Europe, au niveau des Pays-Bas, de la Suisse et de la Finlande, loin derrière l'Autriche, la République Tchèque, l'Italie et de nombreux pays de l'Est ou de la mer Baltique mais nettement au-dessus du Portugal,

42. Toutes les évolutions présentées dans cette partie sont statistiquement significatives au seuil 0,05.

de l'Angleterre, de l'Irlande, de la Suède ou de la Norvège. La France se situe désormais, en 2011, parmi les pays où la prévalence du tabagisme chez les jeunes est la plus élevée, à peine en-dessous de la Lettonie, les Républiques tchèque et slovaque, la Croatie et la Bulgarie (Hibell et coll., 2012). Globalement, la tendance entre 2003 et 2007 était à la baisse ou à la stabilité du tabagisme à 16 ans dans tous les pays d'Europe, tandis qu'entre 2007 et 2011, environ un quart des pays (dont la France) ont affiché une reprise du tabagisme. De même, l'enquête HBSC 2010, réalisée auprès de collégiens dans une quarantaine de pays européens ainsi qu'aux États-Unis et au Canada, place la France en dixième position pour la prévalence tabagique à 11 et 15 ans : à 15 ans, c'est un jeune sur cinq qui fume de manière au moins hebdomadaire (WHO, 2012). Si l'on met en regard la carte des prix des cigarettes les plus vendues et celle des prévalences du tabagisme régulier, exercice qui a bien sûr ses limites puisque les politiques de dénormalisation du tabac vont bien au-delà des hausses de prix, on constate que dans les pays qui ont pratiqué les hausses les plus fortes (Grande-Bretagne, Norvège et Irlande), les prévalences sont basses, tandis que dans les pays où le tabac est meilleur marché, elles peuvent être très élevées. Il reste néanmoins quelques exceptions, la Grèce, et dans une moindre mesure la Pologne et le Portugal présentant à la fois des prévalences et des prix assez bas (Beck, 2011).

Concernant les boissons alcoolisées, les jeunes Français de 16 ans se situent à des niveaux de consommation correspondant au premier tiers des pays européens : sur 33 pays, 9^e rang pour l'usage récent d'alcool et 12^e rang pour l'alcoolisation ponctuelle importante. Le niveau d'usage récent d'alcool est particulièrement élevé en Allemagne, en Autriche, au Danemark et en Grèce, les niveaux étant globalement supérieurs en Europe de l'ouest et du sud et inférieurs en Europe de l'est et dans les pays scandinaves. Les alcoolisations ponctuelles importantes offrent quant à elles une cartographie assez différente, les niveaux étant les plus élevés au Danemark, en Croatie, en République tchèque, à Malte et au Royaume-Uni (Hibell et coll., 2012). La cartographie européenne de l'alcoolisation montre depuis la fin des années 1990 une certaine uniformisation, avec des pays nordiques et anglo-saxons présentant des alcoolisations ponctuelles importantes moins fréquentes que par le passé, tandis que la tendance est globalement inverse dans les pays latins.

Enfin, concernant les niveaux d'usage du cannabis, les jeunes en France, après avoir été dans la moyenne européenne au cours des années 1990, consomment plus que ceux d'autres pays européens. Au niveau européen, il n'existe pas de relation claire entre le contexte légal et la rigueur de l'application de la loi et les niveaux d'usage (Beck et coll., 2007c).

Diffusion des produits selon le niveau scolaire

Décrire les usages selon la classe scolaire dans laquelle se trouve l'adolescent, et non plus uniquement selon son âge, permet d'observer les usages selon une dimension temporelle et un contexte scolaire susceptibles de mieux prendre en compte l'univers juvénile. L'objectif est de proposer une lecture plus aisée de l'évolution des comportements des adolescents, ainsi qu'un cadre plus opérationnel pour ce qui concerne la mise en place d'actions de prévention et de promotion de la santé : évoquer les élèves de 4^{ème} ou de 2^{nde} s'avère plus concret et, vraisemblablement, plus opératoire en termes de prévention que de décrire les élèves âgés de 13 ou 16 ans. Ce changement de référentiel offre un calendrier de la diffusion des usages qui peut s'avérer plus lisible pour penser les actions de prévention à envisager.

Tabac, alcool et cannabis en 2010 et 2011 parmi les collégiens et les lycéens

Les boissons alcoolisées restent les substances psychoactives les plus largement consommées au cours du mois par les lycéens (figure 1.12). Les « années lycée » ne sont pas une période d'initiation comme peuvent l'être les « années collège ». En revanche, elles se caractérisent par l'apparition des premiers comportements d'alcoolisation (usage régulier ou API). Ainsi, le passage au lycée coïncide avec une progression forte de la consommation régulière au regard notamment de celle mesurée à la fin du collège (17 % en 2^{nde} contre 7 % en 3^{ème}).

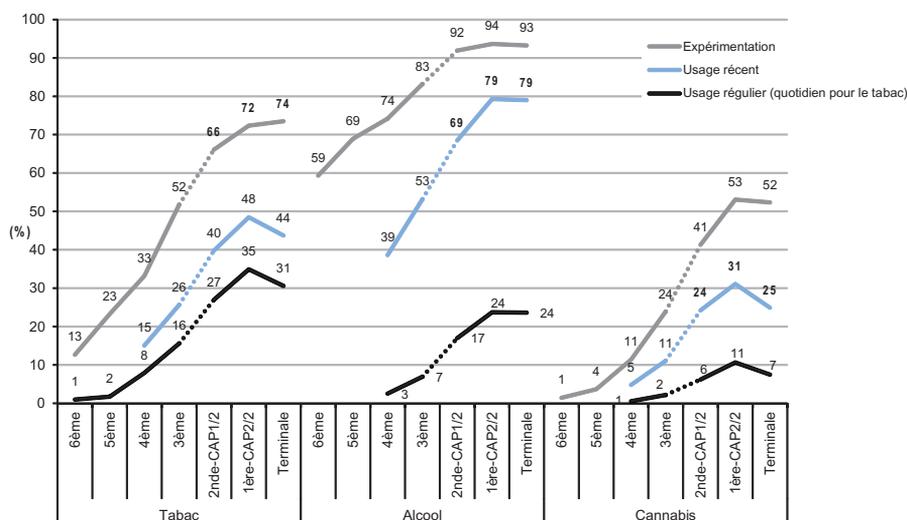


Figure 1.12 : Usages de tabac, alcool et cannabis selon le niveau scolaire des adolescents en 2010/2011 (d'après Spilka et Le Nézet, 2013) (Sources : HBSC 2010 ; Espad 2011)

Le tabac est le deuxième produit psychoactif le plus largement consommé par les collégiens et lycéens. En 2011, sept lycéens sur dix déclarent avoir déjà fumé une cigarette au cours de leur vie et pratiquement trois lycéens sur dix fument quotidiennement. Contrairement à l'alcool, le lycée demeure une période d'expérimentation massive du tabac, l'expérimentation progressant notamment avec le passage au lycée. Au collège, si la moitié des élèves de 3^{ème} (52 %) ont déjà fumé, ils sont 66 % dans ce cas en 2^{nde} soit une augmentation relative de 27 %. La diffusion du tabac se poursuit en 1^{ère} où 72 % des élèves déclarent l'avoir expérimenté puis elle se stabilise en terminale (73 %). Il n'est pas possible d'évoquer une expansion de l'usage quotidien avec le passage au lycée, la progression étant quasi linéaire sur l'ensemble de la période collège-lycée.

La comparaison de la progression des niveaux d'usage de tabac durant les années collège et les années lycée fait clairement apparaître ces années « collège et lycée » comme une période d'initiation massive et d'ancrage du tabagisme. Malgré tout, le tabagisme quotidien marque le pas en terminale avec des niveaux moindres qu'en 1^{ère}, probablement à cause d'une déscolarisation de plus en plus fréquente au fil du lycée, au-delà de 16 ans des populations particulièrement fumeuses (voir les analyses multivariées présentées en annexe 4).

La consommation de cannabis connaît parmi les lycéens une diffusion comparable à celle du tabac avec toutefois des niveaux moindres et un décalage dans le temps d'une année (scolaire). Le passage au lycée correspond à l'une des plus importantes phases d'initiation au cannabis. Si l'expérimentation du cannabis se développe dès la classe de 4^{ème} (11 % des élèves), les niveaux doublent en 3^{ème} puis de nouveau en 2^{nde} (respectivement 24 % et 41 %).

Parallèlement, l'usage régulier de cannabis (plus de 10 fois au cours du mois), rare au collège, se développe au lycée avec un niveau maximal en 1^{ère} (11 %). La classe de terminale connaît, à l'exemple du tabac, une nette inflexion de l'usage avec une baisse de 3 points par rapport au niveau précédent.

Dimension régionale des usages réguliers de tabac, d'alcool et de cannabis

Les cartes régionales des usages réguliers des principales substances psychoactives mettent en évidence un gradient Nord / Nord-Est qui concentre des régions à faibles ou moyens niveaux de consommation de produits, opposé au Sud et au Nord-Ouest qui regroupent des régions où les niveaux de consommation de tabac, d'alcool ou de cannabis sont élevés par rapport à la moyenne des autres régions (figure 1.13). Des nuances sont bien sûr à apporter en

fonction des produits, avec quelques régions présentant des caractéristiques spécifiques :

- l'Île-de-France présente globalement des niveaux de consommation de produits inférieurs à la moyenne nationale, sauf pour le cannabis, ce qui apparaît tout à fait concordant avec ce qui est observé au sein de la population des 15-30 ans (Beck et Richard, 2013) ;
- les régions qui présentent des niveaux de consommation plus élevés que la moyenne nationale sur les 4 pratiques observées (tabagisme quotidien, usage régulier de cannabis, alcool régulier, API répétée) sont Midi-Pyrénées et Auvergne, tandis que la région Rhône-Alpes est au-dessus de la moyenne de consommation de tous les produits sauf de tabac ;
- la Bretagne est caractérisée par des niveaux élevés de consommation de produits, sauf pour le cannabis, ce qui apparaît concordant avec ce qui est observé en population adulte, tandis que les Pays de la Loire et l'Aquitaine se distinguent par un usage d'alcool supérieur au reste du territoire ;
- contrairement à ce qui est observé en population adulte avec des niveaux élevés de consommation pour les 3 substances, le Languedoc-Roussillon ne se distingue pas des autres régions à l'adolescence.

Ces cartographies des usages réguliers sont très comparables à celles produites en 2003 ou 2008. Relativement à 2005 (OFDT, 2013), quelques variations sont cependant notables. Pour le tabagisme quotidien, notamment, les régions Poitou-Charentes et Bourgogne ne présentent plus en 2011 un niveau de tabagisme supérieur au reste de la métropole alors qu'inversement, la région PACA fait partie désormais des quelques régions où le tabagisme se révèle plus important que sur le reste du territoire. En revanche, la sous-consommation quotidienne de tabac de l'Île-de-France reste confirmée. Pour l'alcool, qu'il s'agisse des consommations régulières ou des API, peu de différences sont à signaler : la distribution régionale des usages reste en 2011 comme en 2005 dominée par des niveaux plus élevés le long de la façade atlantique. Seules les régions Rhône Alpes et Champagne-Ardenne viennent perturber en 2011 cette « harmonie » géographique.

Enfin, concernant le cannabis, la représentation régionale des usages réguliers se révèle plus homogène qu'au début des années 2000, même si globalement en 2011, dans le nord de la France les niveaux de consommation sont plutôt moins élevés que dans le sud (Beck et coll., 2005).

Ces disparités régionales traduisent vraisemblablement des particularismes locaux liés à la fois à la situation géographique (près d'une frontière par exemple), à des traits culturels plus ou moins prononcés, à des ressorts historiques et sociaux marqués ou encore à des structures sociodémographiques propres. Étudier ces déterminants souvent imbriqués se révèle difficile et nécessite des investigations adaptées (Spilka et coll., 2010). Quoi qu'il en soit, elle confirme la nécessité de développer l'observation régionale des

comportements d'usage et d'améliorer par-là la mise en œuvre d'actions de prévention et d'information au sein même des territoires.

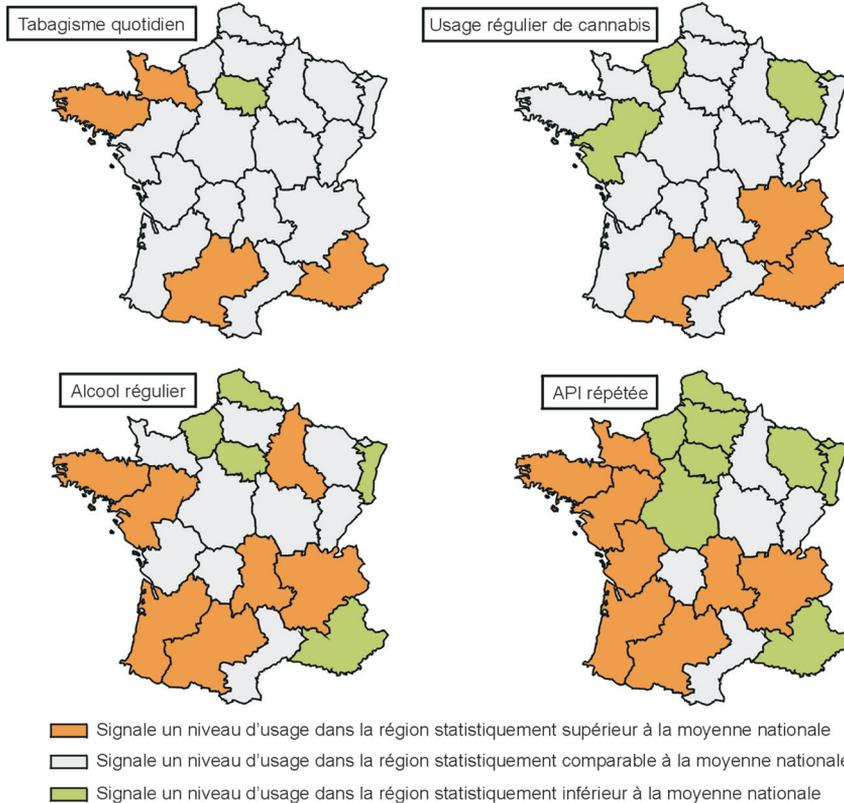


Figure 1.13 : Consommations régulières d'alcool, de tabac et de cannabis à 17 ans selon les différentes régions métropolitaines, en 2011 (Source : Escapad 2011) (d'après OFDT)

Niveaux d'usage des substances psychoactives dans les départements d'Outre-Mer⁴³

Si le manque de données épidémiologiques sur les addictions en population adulte dans les départements d'Outre-Mer (DOM) est patent, il existe, en revanche, notamment pour la Martinique, la Guadeloupe et la Réunion⁴⁴,

43. L'Inserm et le groupe d'experts remercient Jérôme Lacoste¹, Sylvie Merle² et Louis Jehel¹ pour leur contribution à cette partie.

¹ Service de psychiatrie et addictologie, CHU de Martinique, Fort de France ;

² Observatoire de la santé de Martinique

44. Escapad est également conduite en Guyane, mais les effectifs sont faibles : les résultats ne sont pas présentés ici.

plusieurs enquêtes menées en population adolescente (Beck et coll., 2005 ; Merle et coll., 2009). Des travaux ont également été menés en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française (Barguil et coll., 2006 ; Beck et coll., 2010a).

Dans les DOM, le constat majeur est celui d'une population adolescente globalement moins concernée par les pratiques addictives que celle résidant en métropole. Ce constat est vrai pour tous les indicateurs et pour tous les départements, avec toutefois quelques nuances (tableaux 1.II, 1.III).

Tableau 1.II : Niveaux de fréquences d'usage de tabac et de boissons alcoolisées dans les départements d'Outre-Mer en 2011, selon le sexe et évolution 2008/2011 (Enquêtes Escapad)

		Guadeloupe (%) (n=499)	Martinique (%) (n=440)	Réunion (%) (n=657)	Métropole (%) (n=27 402)
Tabac quotidien	Garçons	13***	17***	28	32,7
	Filles	15***	10***	20***	30,2
	Ensemble	14***	13***	24***	31,5
	Niveau 2008	9*	13	16***	28,9***
Alcool régulier	Garçons	11	8**	8***	15,2
	Filles	8	4	3	5,6
	Ensemble	9	6	5	10,5
	Niveau 2008	6*	6	3**	8,9***
API	Garçons	48***	42***	42***	59,7
	Filles	32***	31***	32***	46,5
	Ensemble	40***	36***	37***	53,2
	Niveau 2008	32**	36	29***	48,7***

Source : Enquêtes Escapad 2008 et 2011

Il est indiqué pour chaque indicateur la prévalence pour les garçons, les filles et l'ensemble lors de la dernière enquête 2011. Il est rappelé également la prévalence pour l'ensemble des jeunes en 2008.

** *** signifie que le niveau observé dans le DOM est statistiquement différent de celui observé en métropole, respectivement au seuil de 0,05, 0,01 ou 0,001.

* ** *** signifie que l'évolution de la prévalence entre 2008 et 2011 est statistiquement significative, respectivement au seuil de 0,05, 0,01 ou 0,001.

Remarque : L'enquête Escapad est également conduite en Guyane, mais en 2011 les effectifs étaient trop faibles (N=145) pour autoriser une analyse statistique des données.

Les niveaux de consommation d'alcool (régulière ou ponctuelle importante) sont assez proches dans les départements français d'Amérique (DFA), et très inférieurs à ceux observés en métropole. Ils apparaissent néanmoins en hausse depuis 2008 en Guadeloupe et à la Réunion. Si le niveau de tabagisme est 2 à 3 fois moins fréquent qu'en métropole, il apparaît cependant comparativement élevé à la Réunion suite à une augmentation importante des niveaux de tabagisme quotidien entre 2008 et 2011. Une hausse du

tabagisme est également retrouvée en Guadeloupe, mais pas en Martinique. L'usage de cannabis est globalement moins fréquent qu'en métropole, à des niveaux similaires entre les différents départements, excepté à la Réunion où le niveau d'expérimentation est comparable à celui de métropole (40 % *versus* 41,5 %). Les usages réguliers de cannabis mesurés dans le département s'avèrent eux-aussi comparables à ceux de la métropole. La Réunion est le seul département d'Outre-Mer où l'expérimentation et l'usage régulier sont en hausse entre 2008 et 2011.

Concernant les autres produits illicites, les niveaux d'expérimentations sont, comme en métropole, extrêmement faibles avec une particularité concernant les poppers dont l'usage est quasi inexistant dans les DOM contrairement à la métropole. Les enquêtes menées à 17 ans soulignent la relative rareté des déclarations d'usage de produits psychoactifs dans les DOM et corroborent les résultats obtenus lors d'enquêtes en milieu scolaire sur les usages de substances psychoactives menées dans ces différents territoires.

Il faut néanmoins souligner une plus grande précocité des consommations à la Réunion, puisqu'à 13 ans, 31 % des jeunes déclarent avoir déjà été ivres (contre 16 % en métropole), 5 % fument quotidiennement (contre 2 % en métropole) et 9 % ont déjà expérimenté le cannabis (contre 5 % en métropole) (Beck et Richard, 2011). Si l'on tient compte du fait que la précocité d'entrée dans les usages est un marqueur significatif du risque de basculement dans des usages problématiques, il y a là certainement un enjeu majeur de prévention dès le début du collège, au moins à la Réunion.

Pour les COM (Collectivités d'Outre-Mer : Polynésie française, Nouvelle-Calédonie), une enquête menée récemment en Polynésie (Beck et coll., 2010a) permet de comparer les consommations des polynésiens âgés de 17-18 ans avec celles de leurs homologues métropolitains interrogés en 2008 dans le cadre de l'enquête Escapad. Les jeunes Polynésiens présentent des niveaux de consommation globalement plus élevés que ceux des métropolitains, en particulier les niveaux d'alcoolisation ponctuelle importante.

Tableau 1.III : Niveaux de fréquences d'usage de drogues illicites dans les départements d'Outre-Mer en 2011, selon le sexe et évolution 2008/2011 (Enquêtes Escapad)

		Guadeloupe (%) (n=499)	Martinique (%) (n=440)	Réunion (%) (n=657)	Métropole (%) (n=27 402)
Expérimentation de cannabis	Garçons	37***	34***	47	44
	Filles	25***	26***	32	38,9
	Ensemble	31***	30***	40	41,5
	Niveau 2008	33	35	34**	42,2
Cannabis régulier	Garçons	7	7	12	9,5
	Filles	2	2	2	3,4
	Ensemble	5	5	7	6,5
	Niveau 2008	5	4	4**	7,3***
Poppers	Garçons	0	1	2	9,2
	Filles	1	0	1	8,8
	Ensemble	1***	1***	1***	9
	Niveau 2008	1	0	3	13,7***
Cocaïne	Garçons	0	1	2	3,3
	Filles	2	0	2	2,7
	Ensemble	1*	1**	2	3
	Niveau 2008	2	0	1**	3,3*
Héroïne	Garçons	0	0	1	1
	Filles	0	0	1	0,8
	Ensemble	0	0	1	0,9
	Niveau 2008	0	0	1	1,1*
Crack	Garçons	0	0	1	0,9
	Filles	0	0	1	0,7
	Ensemble	0	0	1	0,8
	Niveau 2008	1	0	0	1,0*

Source : Enquêtes Escapad 2008 et 2011

Il est indiqué pour chaque indicateur la prévalence pour les garçons, les filles et l'ensemble lors de la dernière enquête 2011. Il est rappelé également la prévalence pour l'ensemble des jeunes en 2008.

* ** *** signifie que le niveau observé dans le DOM est statistiquement différent de celui observé en métropole, respectivement au seuil de 0,05, 0,01 ou 0,001.

+ ** *** signifie que l'évolution de la prévalence entre 2008 et 2011 est statistiquement significative, respectivement au seuil de 0,05, 0,01 ou 0,001.

Accessibilité des produits

Si la diffusion d'un produit au sein d'une population donnée s'observe en premier lieu par le nombre d'individus qui déclarent en avoir déjà consommé au moins une fois, il est également possible d'en mesurer un autre aspect à travers la perception de l'accessibilité du produit. Ainsi l'enquête Espad interroge depuis 1999 les adolescents sur leur perception de l'accessibilité des trois principaux produits expérimentés (tabac, alcool et cannabis). L'évolution de cette perception peut être mise en regard de celle des politiques de restriction ou de contrôle des ventes et en ce sens participe de l'évaluation des politiques publiques de régulation des substances psychoactives légales.

Parmi les adolescents âgés de 16 ans, une large majorité (62 %) considère qu'il est assez ou très facile de se procurer du tabac ou des cigarettes en 2011 (tableau 1.IV). Cette accessibilité perçue des cigarettes apparaît toutefois en très nette baisse depuis 2007. Malgré un niveau encore élevé, cette moindre accessibilité perçue est vraisemblablement à mettre au crédit des mesures de restriction prises depuis la fin 2003 comme l'interdiction de vente aux mineurs et la hausse des prix.

Concernant les boissons alcoolisées, aujourd'hui encore, toutes sont perçues comme relativement accessibles par les jeunes, et ce malgré les restrictions d'accès et les interdictions mises en œuvre dans le cadre de la loi HPST (« Hôpital, patients, santé et territoires »).

Pour les jeunes de 16 ans, la bière et le vin sont les alcools qui demeurent les plus faciles à obtenir : les trois quarts des adolescents de 16 ans déclarent qu'il leur serait assez ou très facile de s'en procurer. Si les spiritueux sont les boissons alcoolisées les plus communément bues au cours du mois à 16 ans (78 % des usagers actuels ont déclaré en avoir bu au cours des 30 derniers jours, cf. tableau 1.V), moins d'un adolescent sur deux pense qu'il serait facile d'en obtenir. L'évolution de l'accessibilité perçue des alcools est contrastée : entre 2007 et 2011 par exemple, celle de la bière est restée stable alors que le vin est perçu comme plus accessible en 2011 qu'en 2007, et à l'inverse les spiritueux sont pour leur part considérés plus difficilement accessibles. Malgré tout, il apparaît qu'il est aujourd'hui jugé plus difficile de se procurer des boissons alcoolisées qu'au début des années 2000.

Le cannabis, seul produit illicite dont l'accessibilité est questionnée, est jugé moins accessible que l'alcool ou le tabac. Toutefois, comme en 1999, plus de quatre élèves sur dix déclarent en 2011 qu'il leur serait facile d'en obtenir s'ils le voulaient.

L'étude de l'accessibilité des produits en population adolescente peut s'avérer riche d'enseignement notamment en ce qui concerne les politiques d'offre. Cependant, force est de constater que le lien entre l'expérimentation ou la consommation d'un produit et sa disponibilité comme la facilité d'achat est complexe. La consommation de cigarettes est un bon exemple : il s'agit du

produit dont l'accès a été le plus restreint (prix, interdiction de vente) depuis dix ans. Or si parallèlement sa consommation au sein de la population adolescente a globalement baissé sur la période, aujourd'hui, en dépit d'un renforcement de la législation, le tabagisme est reparti à la hausse. Ceci laisse entendre que d'autres facteurs puissants sont susceptibles de contrecarrer les politiques de réduction de l'offre ou que celles-ci s'avèrent encore insuffisamment respectées (Díaz Gómez et coll., 2013).

Tableau 1.IV : Évolution de l'accessibilité perçue de quelques produits par les adolescents de 16 ans (%) depuis 1999 (Source : enquêtes Espad) (d'après Hibell et coll., 2012)

Assez/très facile de se procurer...	1999	2003	2007	2011
Cigarettes	87 %	86 %	70 %	62 %*
Alcools				
Bière	80 %	78 %	73 %	71 %
Vin	76 %	73 %	64 %	69 %*
Spiritueux	64 %	62 %	55 %	49 %*
Cannabis	44 %	48 %	42 %	43 %

* Évolutions 2007-2011 significatives au seuil 0,05

À 16 ans, les alcools forts et la bière sont les deux types de boissons les plus fréquemment consommés dans le mois (respectivement 78 % et 71 % des élèves déclarent en avoir bu) (tableau 1.V). Le cidre, première boisson bue par les plus jeunes adolescents (Spilka et coll., 2013b), devient la boisson la moins communément bue à 16 ans. En 2011, les prémix apparaissent, relativement aux autres boissons alcoolisées, peu prisés par les adolescents. De même, les vins (autres que les champagnes) font partie des alcools parmi les moins bus à l'adolescence contrairement à ce qui est observé parmi les jeunes adultes (Beck et Richard, 2013).

Tous les types d'alcools sont consommés à l'adolescence tant par les garçons que les filles. Toutefois, ces dernières se distinguent par un moindre penchant pour la bière : parmi les jeunes filles, seules 61 % d'entre elles déclarent en boire au moins une fois au cours du mois, contre 82 % des garçons.

Tableau 1.V : Types de boissons alcoolisées bues au moins une fois dans le mois à 16 ans (%) (Source : Espad 2011)

	Spiritueux	Bière	Champagne	Vin	Prémix	Cidre
Garçons (%)	79	82	59	58	40	32
Filles (%)	77	61	55	49	37	33
Ensemble (%)	78	71	57	53	38	32

Principaux facteurs associés aux usages

Les principaux travaux effectués ne portent que sur les adolescents de 15 ans et plus, dans la mesure où les prévalences d'usage restent très basses avant cet âge.

Facteurs familiaux et scolaires

Des analyses multivariées simples (cf. annexe 4) permettent de distinguer les principaux facteurs associés aux usages réguliers – mais non les usages intensifs, l'abus ou la dépendance – de produits psychoactifs licites et illicites aux trois âges couverts par les principales enquêtes auprès des adolescents (15, 16 et 17 ans). Les principaux facteurs sont : le sexe masculin, la composition familiale (les jeunes de familles non nucléaires présentant des risques accrus) et l'appartenance à un milieu familial favorisé sur le plan économique. Bien évidemment, d'autres facteurs sont associés aux usages⁴⁵ mais il s'agit avant tout ici de contrôler quelques-uns des facteurs de confusion les plus importants et de reprendre les variables descriptives mobilisées auparavant.

À 16 ans, la filière scolaire et le type d'établissement fréquenté jouent un rôle, soulignant que l'environnement scolaire, tout comme le passage du collège au lycée, sont des étapes importantes susceptibles d'influer sur la probabilité de consommer. Ainsi, relativement à ce qui est observé parmi les jeunes de 2nde générale et technique, le tabagisme quotidien est plus fréquent parmi les jeunes en 3^{ème} (donc au collège) ou en 2nde professionnelle et la consommation régulière d'alcool l'est davantage parmi les jeunes de 1^{ère} générale et technique. À 17 ans, le fait de vivre seul ou hors du domicile parental, ou avec uniquement l'un de ses deux parents, est un facteur de risque pour tous les usages réguliers, tout comme le fait d'être issu d'une famille de niveau socioéconomique intermédiaire ou aisé (mesuré par la PCS⁴⁶ la plus élevée du couple des parents), plutôt que défavorisé. En revanche, le statut d'activité des parents ne semble jouer qu'un rôle marginal, uniquement sur la consommation régulière d'alcool (moins fréquente parmi les jeunes dont les deux parents ne travaillent pas). Pour tous ces usages, l'inscription dans une filière scolaire professionnelle ou en apprentissage, ou encore se trouver en situation de déscolarisation (pour une activité professionnelle ou le chômage) sont des facteurs fortement liés à l'usage régulier. Des analyses ont par ailleurs montré que les écarts entre les sexes pour les usages réguliers étaient modulés par le milieu social : les usages sont nettement plus masculins parmi les jeunes de milieux sociaux modestes ou

45. Voir les chapitres « Déterminants sociaux et familiaux des conduites addictives : une perspective vie entière », « Motivations et représentations associées aux usages de drogues », « Influence du marketing et de la publicité des industriels du tabac et de l'alcool »

46. PCS : Profession et catégorie socio-professionnelle

défavorisés ou parmi les jeunes ayant connu un parcours scolaire chaotique (déscolarisation, redoublement...) (Legleye et coll., 2008). Ce résultat s'observe d'ailleurs en population adulte.

Ces résultats illustrent le fait que le milieu familial et le contexte scolaire prédisent le glissement de l'expérimentation vers des usages plus réguliers. Des études ont montré par ailleurs le rôle délétère du redoublement sur les usages quotidiens de tabac et de cannabis ainsi que sur les usages réguliers et excessifs d'alcool (Legleye et coll., 2011a et 2013b)⁴⁷. Il est à noter également que les écarts entre sexe sont confirmés « toutes choses égales par ailleurs » et qu'ils varient suivant le produit utilisé et sa fréquence d'usage : le tabagisme quotidien est ainsi très peu différent selon le sexe, au contraire des consommations régulières d'alcool et de cannabis.

La plupart de ces facteurs sont associés à l'usage quotidien de tabac. En particulier, le risque d'être fumeur quotidien varie fortement selon la situation familiale. Il est vraisemblable que les enfants de familles recomposées ou monoparentales aient des opportunités plus grandes de pouvoir fumer, dans la mesure où ils peuvent faire l'objet d'un moindre contrôle parental, sans toutefois que les données d'enquêtes permettent d'étayer cette hypothèse.

Chez les jeunes adultes, l'expérimentation du cannabis, contrairement à l'usage régulier, s'avère plus fréquente parmi les jeunes ayant un diplôme de niveau supérieur au bac. Cette tendance pourrait correspondre à la fois à une certaine maîtrise de l'usage du produit et à un usage festif prédominant (Beck et coll., 2007b). Plus généralement, le milieu social prédit l'évolution de l'usage de produits vers l'abus : les jeunes des milieux aisés ou au parcours scolaire sans embûche expérimentant plus souvent, mais évoluant moins souvent vers les usages quotidiens ou problématiques (Legleye et coll., 2011a, 2012a, 2013a). Inversement, la consommation fréquente et précoce de cannabis, comme celles de tabac et d'alcool, augmente les chances de sortie précoce du système scolaire (Legleye et coll., 2010).

Apports de la sociologie

La sociologie permet, souvent en s'appuyant plutôt sur des données qualitatives, de mieux comprendre les contextes d'usage des différentes substances

47. Dans ces études, le redoublement pris en compte précède la consommation actuelle. L'association reflète l'influence du redoublement sur la consommation mais il n'est pas à exclure que des consommations fussent établies préalablement à la dégradation des performances scolaires et qu'elles augmentent les chances de redoublement puis perdurent jusqu'au moment de l'enquête : dans ces cas, l'association reflète l'influence de la consommation sur le redoublement. Ces cas devraient toutefois être plus rares au vu des chronologies des parcours de consommation et de redoublement des adolescents, mais il est certain qu'il existe une causalité réciproque entre la qualité du parcours scolaire et certaines consommations de produits psychoactifs.

et les motifs de consommation (Beck et coll., 2010c ; Spilka et coll., 2010). Les jeunes peuvent recourir régulièrement à des substances psychoactives par plaisir, stimulation et émulation liées au groupe, soulagement physique et psychique (pour le cannabis notamment), voire, plus rarement à ces âges, dans une recherche d'amélioration de la performance, similaire à une conduite dopante, ou encore par dépendance⁴⁸.

En France, la consommation d'alcool est fortement intégrée aux relations sociales (repas de famille ou entre amis, célébrations...) et s'avère plutôt moins stigmatisée que dans d'autres pays (Bloomfield et coll., 2005). À partir des années collège et lycée, les jeunes prennent plus ou moins progressivement leurs distances avec l'univers familial. Cela se manifeste par le fait que certains domaines de leur vie échappent de plus en plus, voire totalement, au contrôle parental, y compris les usages de drogues (Peretti-Watel et coll., 2007). Les jeunes qui ont une sociabilité intense, qui fréquentent souvent les bars et les soirées entre amis, consomment plus souvent de l'alcool que les autres (Legleye et Beck, 2003). Les raisons de l'alcoolisation invoquées par les jeunes reposent surtout sur le plaisir de la fête et la quête de l'ivresse, tandis que la recherche de la « défonce » ne concerne qu'une petite minorité de jeunes à 17 ans (interrogés en 2008 sur le motif de leur dernière consommation d'alcool au cours du mois passé, 12,1 % des buveurs non réguliers invoquaient « la défonce » contre 23,0 % des buveurs réguliers).

L'alcool se consomme prioritairement en groupe, autrement dit les consommations strictement solitaires sont rares à l'adolescence. Le lien fort entre fréquence des sorties entre amis et usage régulier de boissons alcoolisées apparaît assez tôt dans l'adolescence, au point que les filles qui sortent beaucoup sont aussi nombreuses que les garçons à boire régulièrement de l'alcool. Par ailleurs, certains travaux soulignent l'aspect compétitif de la consommation d'alcool surtout chez les garçons cette fois, avec l'idée de « tenir le coup », « tenir l'alcool ». Pour comprendre l'alcoolisation des jeunes, il est par conséquent nécessaire de tenir compte de la variété des situations : le poids de la culture, de la position de l'acteur dans le champ social ainsi que ses dispositions propres et son mode de vie.

Les motivations de cette alcoolisation sont variées, qu'on se réfère à l'anthropologie (ancrage culturel du boire, rite de passage de l'adolescent à l'adulte), à la psychologie (mal-être et désir de transgression liés à l'adolescence) ou à la sociologie (baisse de l'influence des parents, pression scolaire qui justifierait des périodes récurrentes de « lâcher prise », influence du milieu de vie). Les jeunes se dissimulent moins qu'avant quand ils boivent et parlent sans tabou de leur consommation (Beck et Richard, 2013). Il existe de plus une normalisation de la consommation d'alcool par les filles, citée par les garçons comme nouvelle, sans connotation négative (Aubertin et Morel, 2010). Ces constats vont de

pair avec un rapprochement vers des consommations observées dans d'autres pays membres de l'Union Européenne, en particulier dans les pays nordiques et anglo-saxons, qui se caractérisent par une consommation d'alcool peu régulière, des épisodes d'alcoolisations ponctuelles importantes (API), voire très importantes (associées au « *binge drinking* », pratique qui consiste à boire plusieurs verres d'alcool en une même occasion dans une perspective de « défonce ») (Jefferis et coll., 2005 ; Herring et coll., 2008), ainsi qu'une acceptation sociale plus élevée de l'ivresse publique (Anderson et coll., 2012). En France, l'enquête Escapad a notamment montré une très nette tendance à l'augmentation de ces comportements d'alcoolisation depuis 2005, et ceci même par les usagers occasionnels (qui déclarent ne boire qu'une ou deux fois par mois, par exemple).

Même si on assiste à un changement de modèle de consommation d'alcool avec des différences de genre de moins en moins nettes, dans le sillage de ce qui est observé dans les pays nordiques et, dans une moindre mesure, anglo-saxons (Hibell et coll., 2012), et en cohérence avec ce qui est observé parmi les adultes (Beck et coll., 2010b), la consommation de boissons alcoolisées demeure un comportement fortement masculin. Les données montrent en effet une persistance des usages sexués d'alcool, qui peuvent s'expliquer notamment par des processus de socialisation et des modèles normatifs sexuellement différenciés. Ainsi, la France, comme la plupart des pays d'Europe du Sud, reste un pays où l'abus d'alcool chez les femmes reste socialement mal accepté, malgré des signes d'évolution récents au sein des jeunes. Le décalage constaté entre les pratiques des filles et des garçons peut s'expliquer par l'existence d'un contrôle parental plus sévère sur les sorties féminines, celles-ci restant beaucoup plus confinées au domicile familial que les garçons et connaissant moins que ces derniers les formes variées de la sociabilité du groupe des pairs.

Précocité et niveau de l'usage

La précocité du premier usage de substance psychoactive, en particulier l'alcool, comme facteur favorisant la persistance de cet usage (Fergusson et Horwood, 1997 ; Swift et coll., 2008), voire une consommation problématique ou le passage à d'autres produits tels que la cocaïne ou l'héroïne à l'âge adulte (Chen et coll., 2009 ; Baggio et coll., 2013), a été abondamment décrite par les épidémiologistes (DeWit et coll., 2000 ; Hermos et coll., 2008 ; Eliassen et coll., 2009). Dans le cas du cannabis, cette influence d'une entrée précoce dans l'usage est parfois même jugée primordiale et peut compromettre les facultés d'apprentissage (Pope et coll., 2003), se trouver liée à une comorbidité psychiatrique (Armstrong et Costello, 2002) ou à des problèmes sociaux tels que le chômage, l'échec scolaire ou la délinquance (Fergusson et Horwood, 1997 ; Fergusson et coll., 2008 ; Horwood et coll., 2010). À partir de l'enquête américaine de la *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* (SAMHSA), Gfroerer et coll. (2002) ont ainsi montré que 62 % des adultes

de plus de 25 ans qui avaient été initiés au cannabis avant l'âge de 15 ans disent avoir consommé de la cocaïne au cours de leur vie, 9 % de l'héroïne et 54 % prendre fréquemment des médicaments psychotropes (Gfroerer et coll., 2002). Ces chiffres s'avèrent nettement supérieurs à ceux observés sur l'ensemble de la population, respectivement 0,6 %, 0,1 % et 5,1 %.

Ces données tendent également à montrer la primauté de l'influence de la précocité du premier usage sur les autres variables envisagées (qui sont le statut scolaire, la proportion de consommateurs dans l'entourage, des signes anxio-dépressifs, la consommation de soins et le statut socioprofessionnel des parents).

La réaction lors des consommations est aussi un élément crucial : la nature des effets perçus et leur appréciation sont fortement associées à l'intensité de l'usage et à la dépendance (Lyons et coll., 1997 ; Scherrer et coll., 2009). Il a également été montré que l'appréciation positive des usages de cannabis avant 16 ans était prédictive de la poursuite des usages et de la survenue d'une dépendance quelques années plus tard (Fergusson et coll., 2003), ce qui invite à considérer que la réaction aux toutes premières consommations pourrait également jouer un rôle important dans le devenir du consommateur, comme cela a récemment été montré dans une étude française (Le Strat et coll., 2009). Ces résultats peuvent sembler peu informatifs tant il est naturel de penser qu'une mauvaise expérience peut éventuellement dissuader de renouveler la tentative, alors qu'au contraire une première consommation plaisante peut inciter à poursuivre et que seules les personnes appréciant un produit poursuivent son usage. Mais ils permettent d'entrevoir des possibilités de repérage très précoce d'individus à risque de mésusages futurs. De fait, le renoncement courant, avec l'avancée en âge, à des produits tels que les colles et solvants qui sont pourtant très accessibles, offre une illustration de ces choix qui jalonnent la « carrière » des usagers de substances psychoactives quels que soient leurs profils, en particulier lorsqu'ils se situent en amont de la dépendance. Le déplaisir, le plaisir et éventuellement l'apprentissage, solitaire ou en groupe, de la consommation, sont de puissants éléments qui conduisent l'individu à faire des choix, à commencer par celui de renouveler ou non la consommation de cette substance.

Au-delà des risques strictement médicaux, la pratique atypique que constitue un usage précoce par rapport à la norme en vigueur dans son entourage peut priver le jeune adolescent d'un certain nombre de facteurs de protection, tel que le contrôle par les pairs usagers susceptible de fixer des limites qui, si elles transgressent les normes des adultes par exemple, n'autorisent pas pour autant toutes les formes d'excès. Les programmes de prévention semblent prendre de plus en plus en compte cette précocité en ne refusant pas le dialogue sur les substances psychoactives dès la fin du primaire.

Il est possible d'explorer cette question à partir des données de l'enquête Escapad 2011. Il apparaît une différenciation très marquée de la structure des types d'usage de cannabis selon l'âge de premier usage de ce produit :

la précocité est très liée à l'installation ultérieure dans une consommation importante de cannabis. Ainsi, 34 % des jeunes de 17 ans qui ont fumé leur premier joint avant l'âge de 14 ans fument quotidiennement du cannabis alors que ceux qui ont commencé après ne sont que 6 % dans ce cas (figure 1.14).

Les acteurs de terrain s'accordent à souligner que l'engagement précoce dans une consommation de substances psychoactives est un des signes à observer avec attention. Il semblerait que la précocité révèle fréquemment une situation de vulnérabilité psychosociale susceptible de conduire, au cours de l'adolescence, à des situations où l'usage devient problématique. Mais la force du lien entre précocité de l'expérimentation et maintien dans un usage régulier ne dispense pas d'une réflexion sur sa signification dont on peut ici esquisser quelques traits.

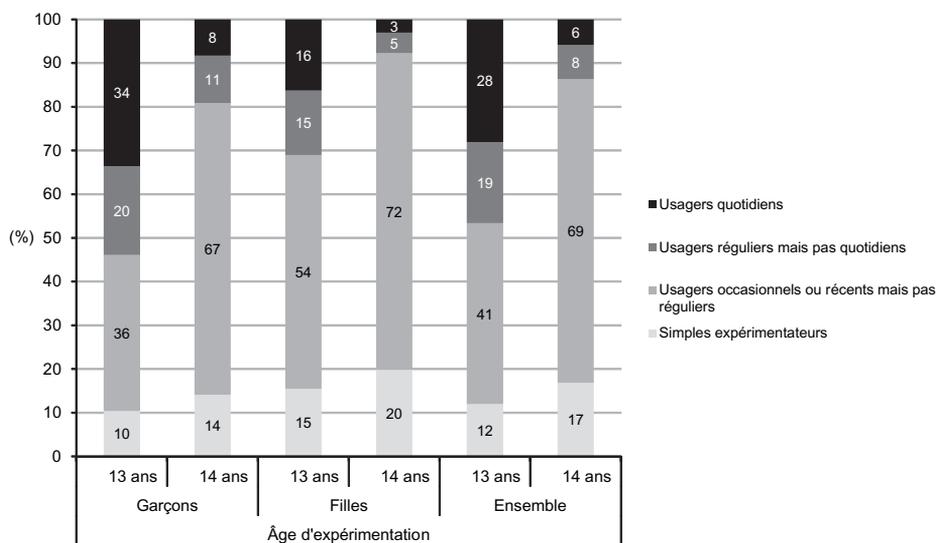


Figure 1.14 : Types d'usage de cannabis à 17 ans en fonction de l'âge d'expérimentation en 2011 (Source : Escapad 2011)

En premier lieu, l'organisme des plus jeunes est plus fragile, en particulier leur cerveau, qui n'est pas tout à fait mature et peut en cela se révéler plus vulnérable⁴⁹. Sur le plan physiologique, si l'usage a été maintenu depuis la première expérience, la précocité reflète la chronicité de l'intoxication et aggrave souvent ses dangers, comme dans le cas de la consommation de tabac et des maladies qui lui sont liées. Sur le plan psychologique, de surcroît, il est plus difficile de renoncer à une habitude de consommation solidement installée qu'à un comportement récent. Ces éléments pourraient suffire à faire de la donnée de l'âge au premier usage un élément à surveiller au plan médical et sanitaire.

49. Voir le chapitre « Vulnérabilité des adolescents aux addictions et corrélats neurobiologiques »

Néanmoins, d'un point de vue interprétatif, le fait que la précocité des expérimentations soit prédictive d'abus ultérieurs pourrait aussi relever d'un certain attrait pour les substances psychoactives, qui inciterait à la fois à des usages plus variés, plus précoces et plus intenses : autrement dit, elle pourrait être à la fois un effet de prédispositions qu'elle contribuerait à médialiser et une cause de troubles ultérieurs. De plus, il est souvent difficile de distinguer l'effet propre de la précocité du premier usage de celui de la durée de l'usage (c'est-à-dire sa chronicité). En effet, il est raisonnable de penser qu'il faut un apprentissage, une habitude au produit pour le consommer de plus en plus fréquemment et éventuellement de façon de plus en plus problématique (Beck et coll., 2004). Par conséquent, la relation entre précocité et niveau d'usage est en partie aussi une relation entre durée d'usage et niveau d'usage. Il est ainsi probable, même si les données ne permettent pas de le montrer, que la durée nécessaire au passage de l'expérimentation à l'usage quotidien de cannabis ne soit pas plus courte lorsque l'expérimentation a eu lieu à 11 ans que lorsqu'elle a eu lieu à 14 ans (pour des raisons pratiques et financières, le contraire semblerait même plus plausible).

Néanmoins, une expérimentation trop précoce pourrait être moins bien négociée dans la mesure où elle ne permettrait pas autant, par exemple, de s'appuyer sur l'expérience des pairs pour s'y préparer. En outre, il est probable que l'âge d'un individu au premier usage soit d'autant plus révélateur d'un comportement à risque qu'il s'écarte de l'âge moyen de la génération observée. C'est donc davantage la précocité relative qu'il convient de prendre en considération que l'âge d'expérimentation.

Actuellement, plusieurs enquêtes suggèrent fortement qu'il n'y a pas une plus grande précocité des usages, dans la mesure où les âges moyens d'expérimentation parmi les adolescents et jeunes adultes ont eu tendance à augmenter ces dernières années (Spilka et coll., 2012 ; Beck et coll., 2013b) (figure 1.15).

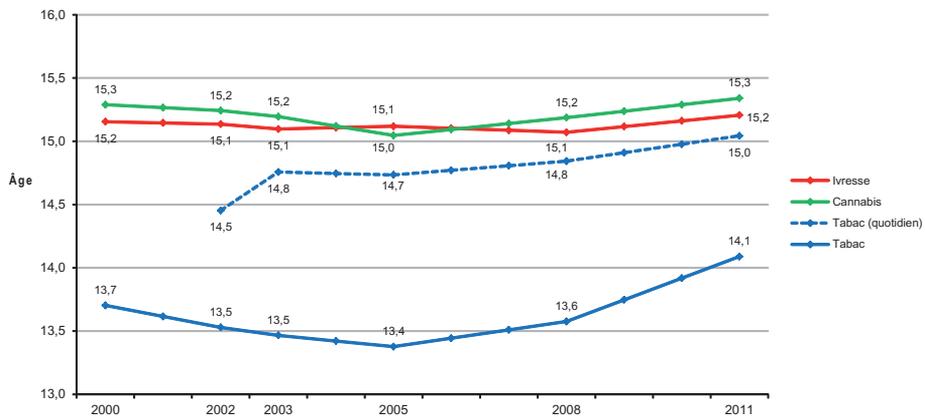


Figure 1.15 : Évolution de l'âge moyen de la 1^{re} cigarette, de la 1^{re} ivresse et du 1^{er} usage de cannabis (Source : enquêtes Escapad)

En conclusion, depuis 10 ans, les niveaux d'usage des produits psychoactifs restent particulièrement élevés en population adolescente et ce malgré des changements législatifs importants concernant l'offre de tabac et d'alcool aux mineurs⁵⁰. L'impact de ces mesures législatives reste aujourd'hui encore peu visible sur les niveaux d'usage parmi les adolescents notamment les plus âgés. Le recul de l'âge d'expérimentation de tabac laisse toutefois entendre que parmi les plus jeunes mineurs, les politiques de restriction de l'offre ont pu avoir une influence notable. C'est finalement sur le tabac, produit pour lequel l'ensemble des efforts de dénormalisation de son usage et des actions menées depuis maintenant plus de 20 ans ont été les mieux partagés et admis par l'ensemble des acteurs (usagers compris) que les politiques publiques ont peut-être obtenu les résultats les plus marquants, même s'ils doivent être nuancés par une reprise récente du tabagisme des 15-17 ans après plus d'une décennie de baisse.

La consommation de cannabis a augmenté jusqu'en 2003 puis s'est stabilisée à un niveau assez élevé. Cette évolution a sans doute des causes multiples. Le « marché » que représente la population adolescente attirée par ce produit pourrait être saturé. Comme tous les biens de consommation, sauf de rares exceptions devenues essentielles à la vie moderne (comme certains moyens de communications, radio, télévision, téléphone mobile), les drogues licites ou non, sont expérimentées par une proportion de sujets qui en font le choix et en ont les moyens, dans un contexte économique et social donné. Ainsi, à l'instar de l'alcool ou du tabac, qui se sont diffusés il y a plus longtemps dans la population sans pour autant être consommés par tous, la diffusion du cannabis doit probablement s'arrêter à un niveau qui est propre à ce produit (qui dépend du contexte économique, social et législatif). La baisse qui suit le pic de consommation pourrait ainsi être un contrecoup ou un réajustement du marché après une hausse rapide et continue et l'effet de mode et d'entraînement que le cannabis a suscité. Au niveau populationnel, toutes les consommations de drogues suivent en effet des processus cycliques composés d'effet d'opportunité d'offre, de mode... le cannabis n'y échappe pas (Musto, 1973). La diffusion croissante puis la rétractation de la consommation d'ecstasy depuis 2000 en est un autre exemple.

De même, une modification de la législation des produits peut entraîner des effets inattendus voire pervers sur les usages, la hausse très importante de l'expérimentation de poppers qui a suivi le décret d'interdiction de vente en est un exemple. Toutefois, même si dans ce cas les effets observés n'étaient pas ceux escomptés, cet exemple rappelle que des changements législatifs peuvent influencer les comportements de consommation. Enfin, on peut souligner que la baisse de l'usage régulier de cannabis coïncide aussi avec un changement d'orientation du discours sur le cannabis opéré par les pouvoirs publics dès

50. En 2003, première disposition visant à restreindre la vente de tabac aux mineurs de moins de 16 ans : Loi n° 2003-715 du 31 juillet 2003. En 2009, l'interdiction de vente est étendue à l'ensemble des mineurs et intègre les boissons alcoolisées : Loi n° 2009-879 [dite HPST] du 21 juillet 2009.

2002, notamment avec des campagnes de prévention plus nombreuses et ciblées et des études scientifiques qui ont pointé sa dangerosité pour la santé et sa contribution à la mortalité routière.

Il reste ainsi difficile d'attribuer cette baisse à l'effet d'une politique publique, mais il est tout à fait probable que ces efforts ont pu favoriser le changement de comportement des jeunes. Les travaux présentés suggèrent que le rapport aux produits varie suivant le milieu social, ce qui pourrait être le signe d'une perméabilité différente aux informations relatives aux produits et aux campagnes publiques de prévention. Ces travaux suggèrent également, à l'exemple du tabac, que les politiques publiques doivent s'inscrire dans la durée et la stabilité en s'appuyant sur des constats et des orientations partagés par tous.

Aujourd'hui, s'il faut se réjouir de l'existence de données épidémiologiques nombreuses et reposant sur des méthodologies rigoureuses, il convient d'admettre que leur interprétation demeure souvent difficile. Certes, certains facteurs associés aux consommations de produits psychoactifs sont clairement identifiés et sont confirmés enquête après enquête. De même, il apparaît difficile de remettre en cause la consommation de tabac, d'alcool et de cannabis parmi les jeunes adolescents, confirmant la nécessité de mener des politiques de prévention à leur égard. Malgré tout, l'interprétation des variations et des évolutions entre les enquêtes ou les populations étudiées reste délicate : les revirements observés peuvent n'être que passagers et être contredits par les évolutions futures. Seule la prise en compte d'une temporalité plus longue peut permettre de relativiser une observation ponctuelle. La pérennité des enquêtes existantes est à ce titre essentiel.

Au-delà d'une meilleure observation de ces phénomènes dans les enquêtes en population générale, la modification des comportements d'alcoolisation se confirme, avec notamment une hausse assez nette des comportements d'ivresse et des épisodes d'alcoolisation ponctuelle importante.

Si les usages réguliers des différentes substances psychoactives ne commencent en général guère avant l'âge de 14 ans, il est notable que les adolescents qui se distinguent par la précocité de leur pratique constituent une population vulnérable et à risque de basculer vers un usage problématique. Sans pouvoir être assimilée à d'autres facteurs psychosociaux exogènes, la précocité des usages peut néanmoins servir de signal d'une situation à risque, et donc utilement servir une stratégie de repérage précoce.

BIBLIOGRAPHIE

ANDERSON P, MOLLER L, GALEA G. Alcohol in the European Union : consumption, harm and policy approaches. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 2012

ARENES J, JANVRIN MP, BAUDIER F. Baromètre santé jeunes 1997/1998. Vanves: CFES. 1998, 328 p.

ARMSTRONG TD, COSTELLO EJ. Community studies on adolescent substance use, abuse, or dependence and psychiatric comorbidity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2002, **70** : 1224-1239

ARRIA AM, O'BRIEN MC. The "high" risk of energy drinks. *JAMA* 2011, **305** : 600-601

AUBERTIN M-X, MOREL T. Chronique ordinaire d'une alcoolisation festive. Les 16-21 ans no-nos limit (es) ! Paris: Haut Commissaire à la Jeunesse. 2010, 85 p.

BAGGIO S, STUDER J, MOHLER-KUO M, DAEPPEN JB, GMEL G. Profiles of drug users in Switzerland and effects of early-onset intensive use of alcohol, tobacco and cannabis on other illicit drug use. *Swiss Med Wkly* 2013, **143** : w13805

BARGUIL Y, MERMOND S, KINTZ P, VILLAIN M, CHOBLET E, et coll. L'abus de Daturas et de Kava en Nouvelle Calédonie : une pratique inquiétante. *Annales de Toxicologie Analytique* 2006, **18** : 33-43

BECK F. Le tabagisme des adolescents : regards croisés de l'épidémiologie et de la sociologie. *Médecine/Science* 2011, 308-310

BECK F, PERETTI-WATEL P. Influence du mode de collecte sur les usages de drogues illicites déclarés par les 15-19 ans. *Population* 2001, **56** : 963-986

BECK F, RICHARD J-B. Les addictions dans les DOM - État des lieux des consommations. *Note de l'Inpes à la MILDT*, 2011 : 34 p.

BECK F, RICHARD J-B (DIR.) Les comportements de santé des jeunes. Analyses du Baromètre santé 2010. Saint-Denis, France: Inpes, 2013

BECK F, LEGLEYE S, SPILKA S. Drogues à l'adolescence. Niveaux et contextes d'usage de cannabis, alcool, tabac et autres drogues à 17-18 ans en France - ESCAPAD 2003. [Drug use in adolescence. Level and contexts of use of cannabis, alcohol, tobacco and other drugs at 17-18 years old in France. Escapad 2003]. Saint-Denis: OFDT. 2004, 251 p.

BECK F, LEGLEYE S, SPILKA S. Atlas régional des consommations de produits psychoactifs des jeunes Français : exploitation régionale de l'enquête ESCAPAD 2002/2003. St-Denis: OFDT. 2005, 219 p.

BECK F, LEGLEYE S, SPILKA S. Les drogues à 17 ans : évolutions, contextes d'usages et prises de risque [Drug use at 17 years old: evolutions, contexts of use and risk-takings]. OFDT, *Tendances* n° 49, 2006 : 4 p.

BECK F, GODEAU E, LEGLEYE S, SPILKA S. Drug consumptions by the young adolescents: 1. Epidemiological data. *Med Sci (Paris)* 2007a, **23** : 1162-1168

BECK F, LEGLEYE S, SPILKA S. Cannabis, cocaïne, ecstasy : entre expérimentation et usage régulier. In : Baromètre santé 2005. BECK F, GAUTIER A, GUILBERT P (eds). St Denis: Inpes. 2007b : 168-221

BECK F, LEGLEYE S, SPILKA S. La France, à la tête de l'Europe du point de vue des consommations observées. In : Cannabis - Données essentielles. COSTES J-M (ed). Saint-Denis: OFDT. 2007c : 35-38

BECK F, BRUGIROUX M, CERF N. Les conduites addictives des adolescents polynésiens. Enquête Ecaap 2009. Saint-Denis: Inpes. 2010a, 200 p.

BECK F, LEGLEYE S, MAILLOCHON F, DE PERETTI G. Executive women under the influence? Gender, social status and psychoactive drug use. *Med Sci (Paris)* 2010b, **26** : 95-97

BECK F, OBRADOVIC I, JAUFFRET-ROUSTIDE M, LEGLEYE S. Regards sur les addictions des jeunes en France. *Sociologie* 2010c, **4** : 517-530

BECK F, GUIGNARD R, RICHARD J, TOVAR M, SPILKA S. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010 - Exploitation des données du Baromètre santé. OFDT, *Tendances* n° 76, 2011 : 6 p.

BECK F, GUIGNARD R, RICHARD J-B, OBRADOVIC I, SPILKA S, et coll. Usages de drogues illicites chez les 15-30 ans. In : Les comportements de santé des jeunes. Analyse du Baromètre santé 2010. BECK F, RICHARD J-B (eds). Saint-Denis: Editions Inpes. 2013a : 112-140

BECK F, RICHARD J, GODEAU E, GUIGNARD R, SPILKA S, et coll. Boissons énergisantes à l'adolescence : niveaux d'usage et lien avec l'alcoolisation. *La santé en action (à paraître)* 2013b

BERGER L, FENDRICH M, FUHRMANN D. Alcohol mixed with energy drinks: Are there associated negative consequences beyond hazardous drinking in college students? *Addict Behav* 2013, **38** : 2428-2432

BLAKEY V, ROBERTS C, TUDOR-SMITH C. Impact of alcopops on the drinking patterns of young people in Wales. *Alcohol and Alcoholism* 1999, **34** : 93

BLOOMFIELD K, ALLAMANI A, BECK F, BERGMARK KH, CSEMY L, et coll. Gender, culture and alcohol problems: A multi-national study. Project Final Report. Berlin: Institute for Medical Informatics, Biometrics & Epidemiology, Charité Universitätsmedizin, 2005

BRYANT LUDDEN A, WOLFSON A. Understanding adolescent caffeine use: connecting use patterns with expectancies, reasons, and sleep. *Health Educ Behav* 2010, **37** : 330-342

CALAMARO C, MASON T, RATCLIFFE S. Adolescents living the 24/7 lifestyle: effects of caffeine and technology on sleep duration and daytime functioning *Pediatrics* 2009, **123** : 1005-1010

CHEN C-Y, STORR CL, ANTHONY JC. Early-onset drug use and risk for drug dependence problems. *Addictive Behaviors* 2009, **34** : 319-322

CLAUSON KA, SHIELDS KM, MCQUEEN CE, PERSAD N. Safety issues associated with commercially available energy drinks. *Journal of the American Pharmacists Association* : *JAPhA* 2008, **48** : e55-63; quiz e64-57

COSTES J-M (DIR.) Les usages de drogues illicites en France depuis 1999 vus au travers du dispositif TREND. Saint-Denis: OFDT, 2010

DE HAAN L, DE HAAN H, VAN DER PALEN J, OLIVIER B, VERSTER J. Effects of consuming alcohol mixed with energy drinks versus consuming alcohol only on overall alcohol consumption and negative alcohol-related consequences. *Int J Gen Med* 2012, **5** : 953-960

DEGENHARDT L, CHIU WT, CONWAY K, DIERKER L, GLANTZ M, et coll. Does the 'gateway' matter? Associations between the order of drug use initiation and the development of drug dependence in the National Comorbidity Study Replication. *Psychological Medicine* 2009, **39**: 157-167

DEGENHARDT L, DIERKER L, CHIU WT, MEDINA-MORA ME, NEUMARK Y, et coll. Evaluating the drug use "gateway" theory using cross-national data: consistency and associations of the order of initiation of drug use among participants in the WHO World Mental Health Surveys. *Drug Alcohol Depend* 2010, **108** : 84-97

DEWIT DJ, ADLAF EM, OFFORD DR, OGBORNE AC. Age at first alcohol use: a risk factor for the development of alcohol disorders. *Am J Psychiatry* 2000, **157** : 745-750

DÍAZ GÓMEZ C, LERMENIER A, MILHET M. L'interdiction de vente d'alcool et de tabac aux moins de 18 ans. OFDT, *Tendances* n° 87, 2013 : 4 p.

ELIASSEN M, KAER SK, MUNK C, NYGARD M, SPAREN P, et coll. The relationship between age at drinking onset and subsequent binge drinking among women. *Eur J Public Health* 2009, **19** : 378-382

FERGUSON DM, HORWOOD LJ. Early onset cannabis use and psychosocial adjustment in young adults. *Addiction* 1997, **92** : 279-296

FERGUSON DM, HORWOOD LJ, LYNKEY MT, MADDEN PA. Early reactions to cannabis predict later dependence. *Arch Gen Psychiatry* 2003, **60** : 1033-1039

FERGUSON DM, BODEN JM, HORWOOD LJ. The developmental antecedents of illicit drug use: evidence from a 25-year longitudinal study. *Drug Alcohol Depend* 2008, **96** : 165-177

FERREIRA SE, DE MELLO MT, POMPEIA S, DE SOUZA-FORMIGONI ML. Effects of energy drink ingestion on alcohol intoxication. *Alcohol Clin Exp Res* 2006, **30** : 598-605

FORSYTH AJM. A design for strife: alcopops, licit drug-familiar scare story *International Journal of Drug Policy* 2001, **12** : 59-80

GALLIMBERTI L, BUJA A, CHINDAMO S, VINELLI A, LAZZARIN G, et coll. Energy drink consumption in children and early adolescents. *European Journal of Pediatrics* 2013, **172** : 1335-1340

GFROERER JC, WU LT, PENNE MA. Initiation of marijuana use: trends, patterns, and implications. Bethesda: MD, DHHS, SAMHSA, OAS. 2002, 148 p.

GODEAU E, NAVARRO F, ARNAUD C (DIR.). La santé des collégiens en France / 2010. Saint-Denis: Inpes, Collection Études santé, 2012

GRUBE JW, MORGAN M, KEARNEY KA. Using self-generated identification codes to match questionnaires in panel studies of adolescent substance use. *Addictive Behaviors* 1989, **14** : 159-171

GUIGNARD R, BECK F. Évolution du tabagisme chez les jeunes et politiques de lutte antitabac. *Agora* 2013, **63** : 61-75

HERMOS JA, WINTER MR, HEEREN TC, HINGSON RW. Early age-of-onset drinking predicts prescription drug misuse among teenagers and young adults: Results from a national survey. *Journal of Addiction Medicine* 2008, **2** : 22-30

HERRING R, BERRIDGE V, THOM B. Binge drinking: an exploration of a confused concept. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2008, **62** : 476-479

HIBELL B, GUTTORMSSON U, AHLSTRÖM S, BALAKIREVA O, BJARNASON T, et coll. The 2011 ESPAD Report: Substance Use Among Students in 36 European Countries. Stockholm: CAN. 2012, 394 p.

HORWOOD LJ, FERGUSSON DM, HAYATBAKHSR MR, NAJMAN JM, COFFEY C, et coll. Cannabis use and educational achievement: findings from three Australasian cohort studies. *Drug Alcohol Depend* 2010, **110** : 247-253

HOWLAND J, ROHSENOW DJ. Risks of energy drinks mixed with alcohol. *JAMA* 2013, **309** : 245-246

HUGHES K, MACKINTOSH AM, HASTINGS G, WHEELER C, WATSON J, et coll. Young people, alcohol, and designer drinks: quantitative and qualitative study. *BMJ* 1997, **314** : 414-418

JEFFERIS BJ, POWER C, MANOR O. Adolescent drinking level and adult binge drinking in a national birth cohort. *Addiction* 2005, **100** : 543-549

KNIGHT JR, SHERRITT L, HARRIS SK, GATES EC, CHANG G. Validity of brief alcohol screening tests among adolescents: a comparison of the AUDIT, POSIT, CAGE, and CRAFFT. *Alcohol Clin Exp Res* 2003, **27** : 67-73

LE NÉZET O. Cannabis. In : Drogues et addictions, données essentielles. OFDT, Saint-Denis: OFDT. 2013 : 214-225

LE STRAT Y, RAMOZN, HORWOOD J, FALISSARD B, HASSLER C, et coll. First positive reactions to cannabis constitute a priority risk factor for cannabis dependence. *Addiction* 2009, **104** : 1710-1717

LEEMING D, HANLEY M, LYTTLE S. Young people's images of cigarettes, alcohol and drugs. *Drugs: Education, Prevention and Policy* 2002, **9** : 169-185

LEGLEYE S, BECK F. Sociabilités, styles musicaux et usages de substances psychoactives à 18 ans. *Psychotropes - Revue internationale des toxicomanies* 2003, **9** : 11-35

LEGLEYE S, BECK F, SPILKA S, LE NÉZET O. Drogues à l'adolescence en 2005 - Niveaux, contextes d'usage et évolutions à 17 ans en France - Résultats de la cinquième enquête nationale ESCAPAD. St Denis: OFDT. 2007, 77 p.

LEGLEYE S, LE NÉZET O, SPILKA S, BECK F. Les usages de drogues des adolescents et des jeunes adultes entre 2000 et 2005, France / Drug use among adolescents and young adults between 2000 and 2005, France. *BEH - Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire* 2008, 89-92

LEGLEYE S, SPILKA S, LE NÉZET O, LAFFITEAU C. Les drogues à 17 ans - Résultats de l'enquête ESCAPAD 2008 [Drug use of the 17 years old - Results of the 2008 ESCAPAD survey]. OFDT, *Tendances* n° 66, 2009 : 6 p.

LEGLEYE S, OBRADOVIC I, JANSSEN E, SPILKA S, LE NEZET O, et coll. Influence of cannabis use trajectories, grade repetition and family background on the school-dropout rate at the age of 17 years in France. *Eur J Public Health* 2010, **20** : 157-163

LEGLEYE S, JANSSEN E, BECK F, CHAU N, KHLAT M. Social gradient in initiation and transition to daily use of tobacco and cannabis during adolescence: a retrospective cohort study. *Addiction* 2011a, **106** : 1520-1531

LEGLEYE S, PIONTEK D, KRAUS L. Psychometric properties of the Cannabis Abuse Screening Test (CAST) in a French sample of adolescents. *Drug Alcohol Depend* 2011b, **113** : 229-235

LEGLEYE S, BECK F, KHLAT M, PERETTI-WATEL P, CHAU N. The influence of socioeconomic status on cannabis use among French adolescents. *J Adolesc Health* 2012a, **50** : 395-402

LEGLEYE S, KRAUS L, PIONTEK D, PHAN O, JOUANNE C. Validation of the Cannabis Abuse Screening Test (CAST) in a sample of cannabis inpatients. *European Journal of Addiction* 2012b, **18** : 193-200

LEGLEYE S, JANSSEN E, SPILKA S, LE NEZET O, CHAU N, et coll. Opposite social gradient for alcohol use and misuse among French adolescents. *Int J Drug Policy* 2013a, **24** : 359-366

LEGLEYE S, JANSSEN E, SPILKA S, LE NÉZET O, NEARKASEN C, et coll. Opposite social gradient for alcohol use and misuse among French adolescents. *International Journal of Drug Policy* 2013b, **24** : 359-366

LEGLEYE S, PIONTEK D, KRAUS L, MORANDE, FALISSARD B. A validation of the Cannabis Abuse Screening Test (CAST) using a latent class analysis of the DSM-IV among adolescents. *Int J Methods Psychiatr Res* 2013c, **22** : 16-26

LOHSONTHORN V, KHIDIR H, CASILLAS G, LERTMAHARIT S, TADESSE MG, et coll. Sleep quality and sleep patterns in relation to consumption of energy drinks, caffeinated beverages, and other stimulants among Thai college students. *Sleep & breathing = Schlaf & Atmung* 2013, **17** : 1017-1028

LYONS MJ, TOOMEY R, MEYER JM, GREEN AI, EISEN SA, et coll. How do genes influence marijuana use? The role of subjective effects. *Addiction* 1997, **92** : 409-417

MALINAUSKAS B, AEBY V, OVERTON R, CARPENTER-AEBY T, BARBER-HEIDAL K. A survey of energy drink consumption patterns among college students. *Nutr J* 2007, **6** : 35

MALLETT K, MARZELL M, SCAGLIONE N, HULTGREN B, TURRISI R. Are All Alcohol and Energy Drink Users the Same? Examining Individual Variation in Relation to Alcohol Mixed With Energy Drink Use, Risky Drinking, and Consequences. *Psychol Addict Behav* 2013, Mar 25. [Epub ahead of print]

MAYET A, LEGLEYE S, CHAU N, FALISSARD B. Transitions between tobacco and cannabis use among adolescents: a multi-state modeling of progression from onset to daily use. *Addict Behav* 2011, **36** : 1101-1105

MAYET A, LEGLEYE S, FALISSARD B, CHAU N. Cannabis use stages as predictors of subsequent initiation with other illicit drugs among French adolescents: use of a multi-state model. *Addict Behav* 2012, **37** : 160-166

MCKEGANEY N. Alcopops and young people: a suitable cause for concern. *Addiction* 1998, **93** : 471-473

MCKEGANEY N, FORSYTH A, BARNARD M, HAY G. Designer drinks and drunkenness amongst a sample of Scottish schoolchildren. *BMJ* 1996, **313** : 401

MERLE S, BOTTIUS F, FORTUNEE F, HANANY E, PADRA I, et coll. Consommation de tabac, d'alcool et de produits illicites des jeunes martiniquais scolarisés: l'enquête ETADAM. *Alcoologie et Addictologie* 2009, **31** (3)

METZNER C, KRAUS L. The impact of alcopops on adolescent drinking: a literature review *Alcohol & Alcoholism* 2008, **43** : 230-239

MUSCAT R, BJARNASSON T, PERETTI-WATEL P, BECK F. Risk factors in adolescent drug use: evidence from school surveys and application in policy. *Strasbourg, France: Council of Europe Publishing* 2007 : 140

MUSTO DF. The American disease: Origins of narcotic control. New York, Oxford University Press, 1973

O'BRIEN MC, MCCOY TP, RHODES SD, WAGONER A, WOLFSON M. Caffeinated cocktails: energy drink consumption, high-risk drinking, and alcohol-related consequences among college students. *Acad Emerg Med* 2008, **15** : 453-460

OFDT. ODICER : observation des drogues pour l'information sur les comportements en région. Saint-Denis: OFDT, 2013

PALMER RH, YOUNG SE, HOPFER CJ, CORLEY RP, STALLINGS MC, et coll. Developmental epidemiology of drug use and abuse in adolescence and young adulthood: Evidence of generalized risk. *Drug Alcohol Depend* 2009, **102** : 78-87

PATTON GC, COFFEY C, CARLIN JB, SAWYER SM, LYNSKEY M. Reverse gateways? Frequent cannabis use as a predictor of tobacco initiation and nicotine dependence. *Addiction* 2005, **100** : 1518-1525

PERETTI-WATEL P, BECK F, LEGLEYE S. Les usages sociaux des drogues. Paris: PUF, 2007

POPE HG, JR., GRUBER AJ, HUDSON JI, COHANE G, HUESTIS MA, et coll. Early-onset cannabis use and cognitive deficits: what is the nature of the association? *Drug and Alcohol Dependence* 2003, **69** : 303-310

REINERT DE, ALLEN JP. The alcohol use disorders identification test: an update of research findings. *Alcohol Clin Exp Res* 2007, **31** : 185-199

REISSIG CJ, STRAIN EC, GRIFFITHS RR. Caffeinated energy drinks--a growing problem. *Drug Alcohol Depend* 2009, **99** : 1-10

REYNAUD-MAURUPT C, HOAREAU E. Les carrières de consommation de cocaïne chez les usagers « cachés ». Saint-Denis: OFDT. 2010, 273 p.

REYNER L, HORNE J. Efficacy of a 'functional energy drink' in counteracting driver sleepiness. *Physiol Behav* 2002, **75** : 331-335

ROMANUS G. Alcopops in Sweden-a supply side initiative. *Addiction* 2000, **95** (Suppl 4) : S609-S619

ROOMR. Alcohol and drug disorders in the International Classification of Diseases: a shifting kaleidoscope. *Drug Alcohol Rev* 1998, **17** : 305-317

SCHERRER JF, GRANT JD, DUNCAN AE, SARTOR CE, HABER JR, et coll. Subjective effects to cannabis are associated with use, abuse and dependence after adjusting for genetic and environmental influences. *Drug Alcohol Depend* 2009, **105** : 76-82

SEIFERT SM, SCHAECHTER JL, HERSHORIN ER, LIPSHULTZ SE. Health effects of energy drinks on children, adolescents, and young adults. *Pediatrics* 2011, **127** : 511-528

SEPKOWITZ KA. Energy drinks and caffeine-related adverse effects. *JAMA* 2013, **309** : 243-244

SPIILKA S, LE NÉZET O. Alcool, tabac et cannabis durant les « années lycée ». OFDT, *Tendances* n° 89, 2013 : 8 p.

SPIILKA S, TRIBESS A, LE NÉZET O, BECK F, LEGLEYE S. Les usages de drogues des adolescents parisiens. Etude qualitative [Drug use of the Parisian Adolescents. A qualitative Study]. Saint-Denis: OFDT. 2010, 98 p.

SPIILKA S, LE NÉZET O, TOVAR M-L. Les drogues à 17 ans : premiers résultats de l'enquête ESCAPAD 2011 [Drug use at 17 years old: first results of the 2011 Escapad survey]. OFDT, *Tendances* n° 79, 2012 : 4 p.

SPIILKA S, JANSSEN E, LEGLEYE S. Détection des usages problématiques de cannabis : le Cannabis Abuse Screening Test (CAST). Saint-Denis: OFDT. 2013a, 9 p.

SPIILKA S, LE NÉZET O, GODEAU E, BECK F. La consommation d'alcool parmi les collégiens en 2010 et les lycéens en 2011, en France. *BEH - Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire* 2013b, 168-171

SWIFT W, COFFEY C, CARLIN JB, DEGENHARDT L, PATTON GC. Adolescent cannabis users at 24 years: trajectories to regular weekly use and dependence in young adulthood. *Addiction* 2008, **103** : 1361-1370

TIMBERLAKE DS, HABERSTICK BC, HOPFER CJ, BRICKER J, SAKAI JT, et coll. Progression from marijuana use to daily smoking and nicotine dependence in a national sample of U.S. adolescents. *Drug Alcohol Depend* 2007, **88** : 272-281

VARVIL-WELD L, MARZELL M, TURRISI R, MALLETT K, CLEVELAND M. Examining the Relationship Between Alcohol-Energy Drink Risk Profiles and High-Risk Drinking Behaviors. *Alcohol Clin Exp Res* 2013, **37** : 1410-1416.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: International report from the 2009/2010 survey. Copenhagen: World health organization - Regional Office for Europe. 2012, 252 p.

WICKI M, GMEL G, KUNTSCHE E, REHM J, GRICHTING E. Is alcopop consumption in Switzerland associated with riskier drinking patterns and more alcohol-related problems? *Addiction* 2006, **101** : 522-533

WOLK BJ, GANETSKY M, BABU KM. Toxicity of energy drinks. *Current Opinion in Pediatrics* 2012, **24** : 243-251