

Influence des comportements démographiques sur l'usage de drogues

Un besoin d'information à satisfaire par une amélioration de la collecte

Nicolas CAUCHI-DUVAL

Institut d'Etudes Démographiques de l'Université Montesquieu-Bordeaux IV

L'usage de drogues n'a longtemps été abordé que sous le seul aspect de la toxicomanie au travers de la représentation qui en était faite de l'héroïnomane. C'est à partir de cette image qu'ont d'ailleurs été mis en place au début des années 1970 les dispositifs de soins spécialisés aux toxicomanes. Cette vision de la drogue et de ses consommateurs apparaissait pourtant peu inquiétante, car présentée comme marginale et n'ayant que très peu d'impact sur le fonctionnement de la société. L'engouement qu'ont connu les produits de synthèse au cours des années 1980, et particulièrement l'ecstasy, entraîna simultanément une augmentation et une diversification des populations usagères de drogues. L'assertion selon laquelle les « drogués » ne le seraient qu'en raison d'un comportement déviant ou d'une pathologie individuelle fut dès lors remise en question au profit d'approches assimilant plus volontiers l'usage de drogues à une « sociopathie ». Reflet d'une société et de ses maux, les drogues résulteraient par conséquent de l'incapacité d'une société à répondre aux besoins des individus qui la composent.

La réalité complexe des usages de drogues répond cependant certainement davantage à l'entrelacement des composantes individuelles et collectives qu'à la simple réalisation d'une cause privilégiée. Si la consommation reste un acte individuel, résultant d'un processus se situant entre maladie chronique et mise en jeu permanente du libre arbitre du consommateur, l'assuétude à laquelle est soumis l'usager ne peut être envisagée qu'au sein du cadre social du sujet. Nuptialité et fécondité sont des phénomènes qui concourent directement à la modification de l'unité sociale à laquelle appartiennent les individus. Leur manifestation fait notamment sortir les individus de la population des isolés. Nuptialité et fécondité sont par conséquent des facteurs d'intégration sociale qui altèrent le rapport de soi à soi qu'entretient la consommation de drogues (Ehrenberg [1995]), impliquant pour le consommateur que soit reconsidéré son comportement d'usage. Cette relation s'illustre d'ailleurs simplement par les arrêts de consommation de tabac que peut occasionner une grossesse.

Le terme de drogue fait référence à une large diversité de produits dont on distingue encore mal les contours¹ et la spécificité des produits considérés n'est certainement pas sans intervenir dans l'évolution des consommations de drogues qu'entraîneraient les comportements démographiques ; héroïne et tabac n'engageant par exemple pas l'individu dans un même rapport de servitude au produit et donc d'aptitude à s'en détacher. Néanmoins, il apparaît plus convenable de traiter la question des drogues par le biais des comportements d'usage plutôt que de centrer le propos sur les produits eux-mêmes (Parquet [1997]). La disponibilité des données limite toutefois la faisabilité de certaines recherches à une minorité de produits, celles-ci apparaissant dès lors comme illustratives d'un comportement transposable à l'ensemble des drogues.

¹ Définie comme un « *ingrédient ou une matière première employée pour les préparations médicamenteuses confectionnées en officine de pharmacie* », la drogue s'assimile également à un « *médicament confectionné par les non-spécialistes, et qui, généralement, n'est pas utilisé par la médecine* ». L'académie nationale de médecine récuse l'utilisation du mot « drogue » au sens de médicament ou de substance pharmacologiquement active, préférant l'assimilation de drogues aux stupéfiants, à l'alcool et au tabac.

Le cannabis se distingue de l'ensemble des produits susceptibles d'être qualifiés de drogue à plusieurs égards. Il est une substance illicite, et donc soumis à la Loi du 31 décembre 1970 relative aux usages et reventes de drogues², ajoutant aux risques morbides qu'induisent également le tabac et l'alcool, des conséquences pénales. Il présente une prévalence d'usage bien plus importante que les autres drogues illicites. En 2005, environ 15 % des 12-74 ans avaient expérimenté le cannabis au cours de leur vie (INPES [2006]), ce qui représente plus de 10 fois ce qu'il en est pour la cocaïne – deuxième drogue illicite la plus expérimentée. Cette large diffusion permet ainsi que soient étudiées ses consommations, leurs évolutions, ainsi que les éléments qui y participent, par la réalisation d'enquêtes en population générale.

1. Quelques repères sur les consommations de cannabis

On distingue couramment, en matière de drogues, l'usage de l'usage nocif³ (ou abus⁴) – qui peut entraîner des dommages sanitaires et sociaux pour l'utilisateur ou autrui – de la dépendance – qui désigne un type d'usage où le consommateur ne peut se passer du produit sans souffrance psychologique et/ou physiologique. L'identification de ces trois types d'usage reste cependant difficile en raison de la perméabilité des frontières qui les séparent ; ce qui explique notamment l'absence de consensus au sein de la communauté scientifique, d'où émergent peu à peu de nouvelles notions. Dans l'objectif de distinguer au mieux les consommations dont on considère qu'elles n'entraînent pas d'externalités négatives de celles qui s'avèrent dommageables, « l'usage problématique »⁵ se présente comme une nouvelle alternative. Différents tests sont développés afin de repérer ces usages, entre autres le DEP-ADO⁶ et le CAST⁷, dont une version adaptée est utilisée lors d'enquêtes en population générale comme les enquêtes « Baromètre Santé » que réalise l'INPES⁸ depuis 1992 et dont découlent les résultats qui suivent.

1.1. Observation instantanée des niveaux de consommation

Toute personne ayant déjà absorbé, ne serait-ce qu'une bouffée de cannabis, devrait *a priori* se définir comme expérimentateur, et donc répondre par l'affirmative à la question « *au cours de votre vie, avez-vous déjà consommé du cannabis ?* ». Il n'en est pourtant pas ainsi puisque, à la question « *En avez-vous déjà consommé, même pour y goûter ?* » une partie des individus ayant déclaré n'avoir jamais consommé de cannabis répondent positivement. Cette distinction révèle l'appréciation différente que peuvent avoir les enquêtés de ce qu'est la consommation de cannabis, et donc la variabilité des déclarations qui peut résulter d'un même usage. De fait, en raison de l'ordre des questions, bien qu'ayant seulement goûté le cannabis, mais ayant dû préalablement répondre à « *au cours de votre vie, avez-vous déjà consommé du cannabis ?* » certains peuvent être conduits à se déclarer comme consommateurs.

² Il bénéficie toutefois d'une certaine souplesse dans l'application des peines encourues.

³ Selon les critères retenus par la classification internationale des maladies (CIM-10).

⁴ Selon les critères de la DSM-IV ; Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - 4^e édition.

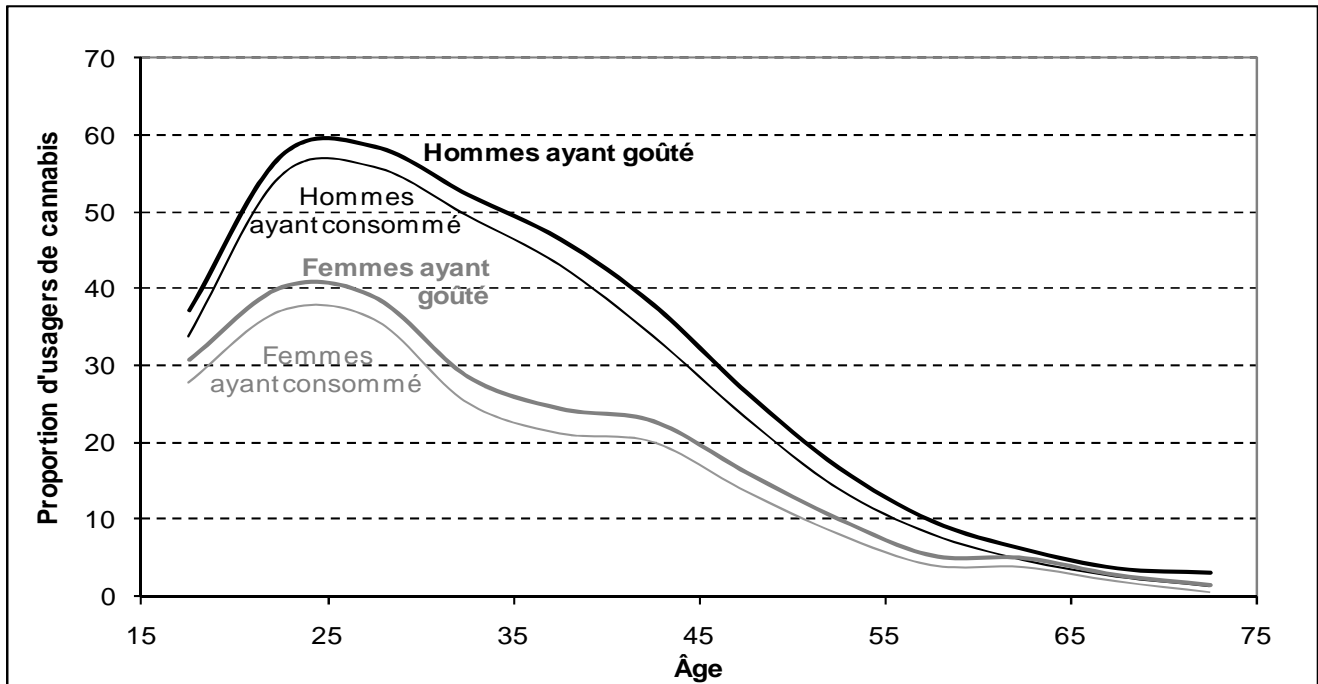
⁵ La notion d'usage problématique est notamment utilisée par l'Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies (OEDT) et souhaite l'étendre à la consommation de cannabis.

⁶ Dépistage de consommations problématiques d'alcool et de drogues chez les adolescents et les adolescentes.

⁷ Cannabis Abuse Screening Test.

⁸ Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé.

FIGURE 1 : PROPORTION D'INDIVIDUS AYANT FAIT L'USAGE DE CANNABIS AU COURS DE LEUR VIE PAR TYPES D'USAGE, SELON LE SEXE ET L'ÂGE EN 2005 (EN %)



Source : Baromètre Santé 2005 ; exploitation N. CAUCHI-DUVAL

Les usages de très faible ampleur (avoir goûté au cours de sa vie) n'étant pas, à proprement parler, considérés comme une consommation par les enquêtés, il était à craindre que ceux-ci soient, dans une plus large mesure, soumis au biais de mémoire auquel est contraint toute enquête rétrospective, puisque plus facilement susceptibles d'être omis. La figure 1 montre pourtant que l'assimilation successive de l'expérimentation aux deux pratiques considérées n'entraîne qu'une faible variation du différentiel des niveaux d'usage au fil des âges. Lors de l'observation longitudinale des consommations présentée par la suite, le seul fait d'avoir goûté du cannabis sera donc considéré comme une expérimentation.

Comme pour l'ensemble des drogues illicites, l'expérimentation de cannabis est, à tous les âges, à dominante masculine. Cette surconsommation masculine s'avère cependant bien moins marquée que pour des produits plus toxiques, notamment l'héroïne pour laquelle les hommes sont quatre fois plus nombreux à consommer que les femmes. Les femmes ne sont plus consommatrices que les hommes qu'en ce qui concerne les médicaments, principalement les antidépresseurs.

Un effet de génération apparaît en raison de la diffusion croissante du cannabis, d'où des niveaux de prévalence décroissant avec l'âge. L'expérimentation de cannabis s'effectuant, en majeure partie, à la fin de l'adolescence ou à l'entrée dans l'âge adulte, une forte progression de l'expérimentation apparaît entre 15 et 29 ans. Si le cannabis se présente pour l'heure comme une drogue de jeunes, c'est en continuant une collecte d'information qui permette la mise en place de longues séries de données qu'il sera possible de s'assurer que ces générations, pour lesquelles les niveaux d'usage sont les plus élevés, ne présenteront pas des consommations également plus importantes lorsqu'elles seront plus âgées.

Les déclarations d'usage au cours de l'année, du mois ou de la semaine passée (figures 2, 3, et 4) présentent, bien qu'à des niveaux moindres, des tendances similaires à la seule expérimentation. Les consommations de drogues au cours de l'année ne concernent qu'environ la moitié des individus en ayant fait l'expérimentation, ce qui permet de supposer que les consommations sont, la plupart du temps, abandonnées par la suite. Néanmoins, s'il est certain

que la consommation a été suspendue entre l'expérimentation et l'année précédant l'enquête, on ne peut pas pour autant être assuré de l'arrêt définitif de la consommation.

L'intensification des consommations tend à accentuer la surreprésentation masculine en dépit du fait que lorsque les femmes consomment du cannabis – occasionnellement ou régulièrement – elles le font plus précocement que les hommes. Le niveau des consommations les plus intenses s'observant à 15-19 ans chez les femmes, et 20-24 ans chez les hommes.

FIGURE 2 : PROPORTION D'INDIVIDUS AYANT FAIT USAGE DE CANNABIS AU COURS DE L'ANNÉE PASSÉE, SELON LE SEXE ET L'ÂGE EN 2005 (EN %)



FIGURE 3 : PROPORTION D'INDIVIDUS AYANT FAIT USAGE DE CANNABIS AU COURS DU MOIS PASSÉ, SELON LE SEXE ET L'ÂGE EN 2005 (EN %)

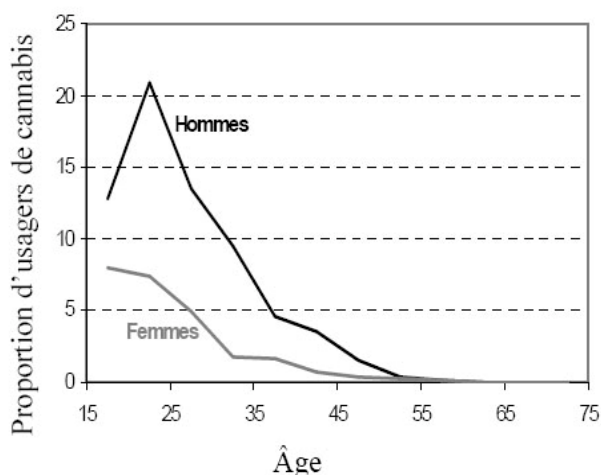
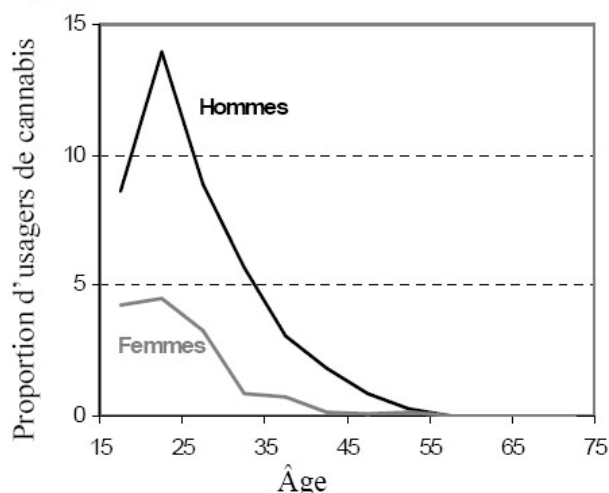


FIGURE 4 : PROPORTION D'INDIVIDUS AYANT FAIT USAGE DE CANNABIS AU COURS DE LA SEMAINE PASSÉE, SELON LE SEXE ET L'ÂGE EN 2005 (EN %)



Source : Baromètre Santé 2000 ; exploitation N. CAUCHI-DUVAL

1.2. Évolution des consommations au sein des générations

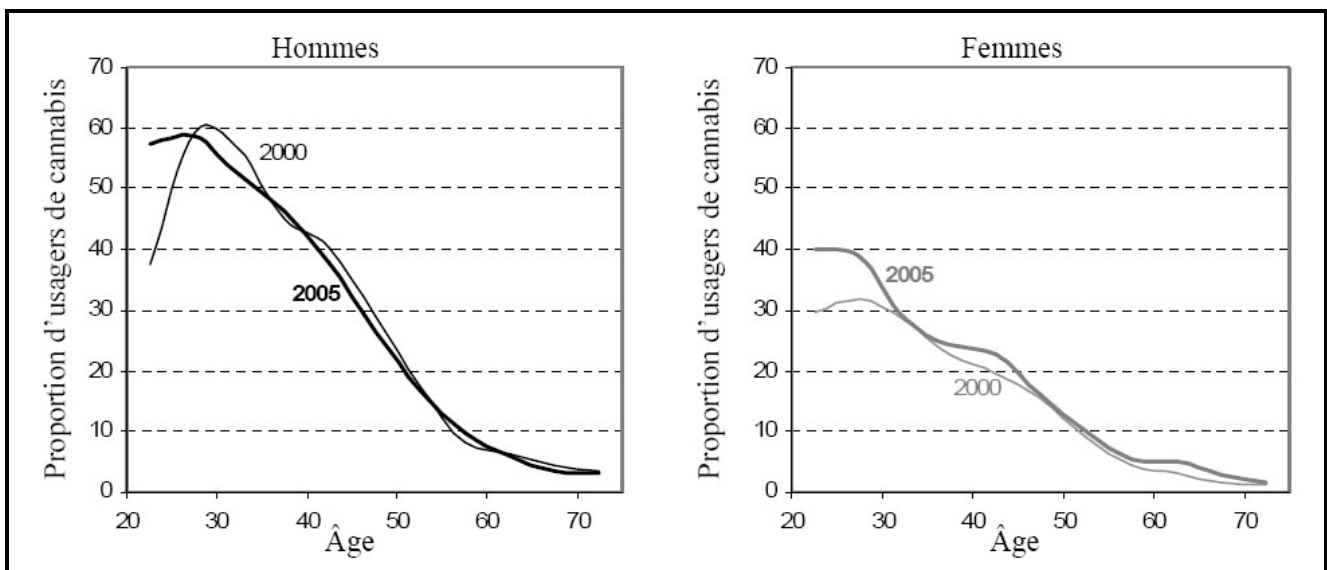
L'assimilation de consommations régulières ou occasionnelles au fait d'avoir consommé au cours de l'année ou du mois passé permet d'observer, à un instant donné, les populations concernées par différents types d'usage, mais ne permet pas de suivre l'évolution des

consommations au cours du temps. Seules les variations de l'expérimentation sont à même d'être distinguées au sein des générations. En effet, le caractère acquis de l'expérimentation ne peut être perdu par la suite, ce qui permet de connaître les modifications de prévalence opérées entre deux enquêtes. L'évolution de la prévalence d'expérimentation de cannabis au sein d'une génération résulte des effets conjoints de la mortalité et des nouvelles expérimentations ayant eu lieu entre les deux observations. Les nouvelles expérimentations ne peuvent participer qu'à l'augmentation de la proportion d'expérimentateurs au sein d'une génération. La mortalité interfère sur cette proportion dans la mesure où expérimentateurs et abstinents ne sont pas soumis à une même loi de mortalité.

La figure 5 indique clairement que l'hypothèse d'une même mortalité des abstinents et des expérimentateurs n'est pas vérifiée. Si tel était le cas, les niveaux d'expérimentations au sein d'une génération devraient être égaux en 2005 et 2000, voir supérieurs en 2005. Si cela s'avère être le cas chez les femmes, il n'en est pas de même chez les hommes, pour lesquels la part des expérimentateurs des générations 75 et plus anciennes, observée en 2000, excède le plus souvent celle de 2005. Il est possible que la mortalité différentielle ne concerne que les hommes, mais cela reste peu probable puisque la toxicité qu'implique la consommation de cannabis modifie *a priori* la loi de mortalité à laquelle sont soumis les individus, quel que soit leur sexe.

La forte concentration de l'expérimentation aux jeunes âges explique que s'observe (Figure 5), autant chez les hommes que chez les femmes âgés de moins de 30 ans en 2005, une importante élévation de la proportion des expérimentateurs entre 2000 et 2005. Au-delà, les nouvelles expérimentations qui pourraient avoir eu lieu chez les hommes sont compensées par la mortalité qui s'applique à ceux qui en ont déjà fait l'expérimentation. L'importance de cette mortalité différentielle, que révèle une baisse de la part d'expérimentateurs de près de 5 points chez les 30-34 ans, s'explique en partie par la mortalité attribuable au cannabis (accidents de la route, psychoses cannabiques, ...) mais laisse suspecter que les expérimentateurs de cannabis ont également une mortalité plus importante que les abstinents, indépendamment de leurs consommations. Au-delà de 35ans, cette surmortalité est moins importante.

FIGURE 5 : PROPORTION D'INDIVIDUS DES DIFFÉRENTES GÉNÉRATIONS (DEFINIES PAR LEUR ÂGE EN 2005) AYANT, EN 2000, ET EN 2005, DÉJÀ EXPÉRIMENTÉ LE CANNABIS AU COURS DE LEUR VIE (EN %)



Source : Baromètre Santé 2000 et 2005 ; exploitation N. CAUCHI-DUVAL

Sans que puisse totalement être évincée l'idée qu'aucune surmortalité ne touche les expérimentatrices de cannabis, il apparaît plus raisonnable de considérer que les nouvelles expérimentations comblent le déficit qu'engendre la mortalité. L'échantillonnage fait que ne peuvent être interprétés les écarts observés au-delà de 50 ans, en dépit de la substantielle augmentation de la part des femmes de 35 à 44 ans ayant déjà expérimenté le cannabis au cours de leur vie. Contrairement à l'idée reçue selon laquelle le cannabis est une drogue de jeunes dont on ne ferait pas usage une fois atteint l'âge adulte, un deuxième âge à l'expérimentation apparaît chez les femmes, mais ne s'observe pas chez les hommes. La démocratisation du cannabis ne se traduirait donc pas uniquement par l'augmentation de la prévalence d'usage chez les nouvelles générations entrant dans la période d'expérimentation post adolescente, mais entraînerait également la consommation de générations plus anciennes ne l'ayant pas expérimentée dans leur jeunesse. Il semble donc qu'entre 25 et 34 ans les nouvelles expérimentations soient marginales, ceci pouvant s'expliquer par les étapes franchies par les individus lors de l'entrée à l'âge adulte, notamment la constitution de la famille et l'entrée dans la vie active. C'est donc par l'observation des parcours de vie des individus que pourraient s'expliquer les comportements d'usage de cannabis.

2. Une observation restreinte mais encourageante des parcours de vie

La complexité des parcours des individus peut difficilement être retranscrite dans son ensemble par la collecte d'informations s'y rapportant. Seuls quelques domaines considérés comme significatifs pourront être répertoriés sans que l'on soit assuré qu'ils constituent les éléments explicatifs des comportements déclarés par les individus. Afin d'apprécier l'usage de drogues comme un élément de l'évolution globale d'un individu, l'utilisation de l'ASI⁹ permet d'observer les modifications des consommations d'usagers « problématiques¹⁰ » simultanément aux événements que les individus sont susceptibles de connaître au travers de sept domaines différents¹¹. Il est possible, dans une bien moindre mesure, d'avoir une approche comparable à celle de l'ASI pour des comportements d'usage moins intense, afin d'expliquer, éventuellement, le regain d'expérimentation des femmes mentionné plus avant.

2.1. Un suivi des parcours de vie limité à la nuptialité

D'une enquête rétrospective, on ne peut attendre la même capacité à décrire le vécu des enquêtés que de l'utilisation d'un questionnaire ASI répondant à un mode d'observation suivi. S'il est vrai qu'une apparente similarité¹² pourrait être obtenue par la collecte et la datation de l'ensemble des événements qu'a connus un individu au cours de sa vie, cela n'est que très rarement le cas, notamment en raison de la lourdeur d'un tel questionnaire. Ce n'est pourtant que par l'entremise de telles enquêtes qu'il sera possible d'apprécier l'influence de l'environnement des usagers de drogues sur leurs consommations, et non de se limiter à la mesure de corrélations existantes.

La fécondité et la nuptialité se distinguent quelque peu de l'ensemble des informations collectées dans le baromètre santé, en cela qu'elles informent sur les statuts antérieurs qui ont

⁹ Addiction Severity Index.

¹⁰ Ces consommateurs sont ici considérés comme tels puisque les répondants à l'ASI se sont d'eux-mêmes (ou sur les conseils d'une autorité familiale, scolaire, médicale, ...) présentés aux services réalisant la passation du questionnaire en raison d'une consommation abusive qu'ils souhaitent diminuer, ou parce qu'ils font l'objet d'injonctions thérapeutiques.

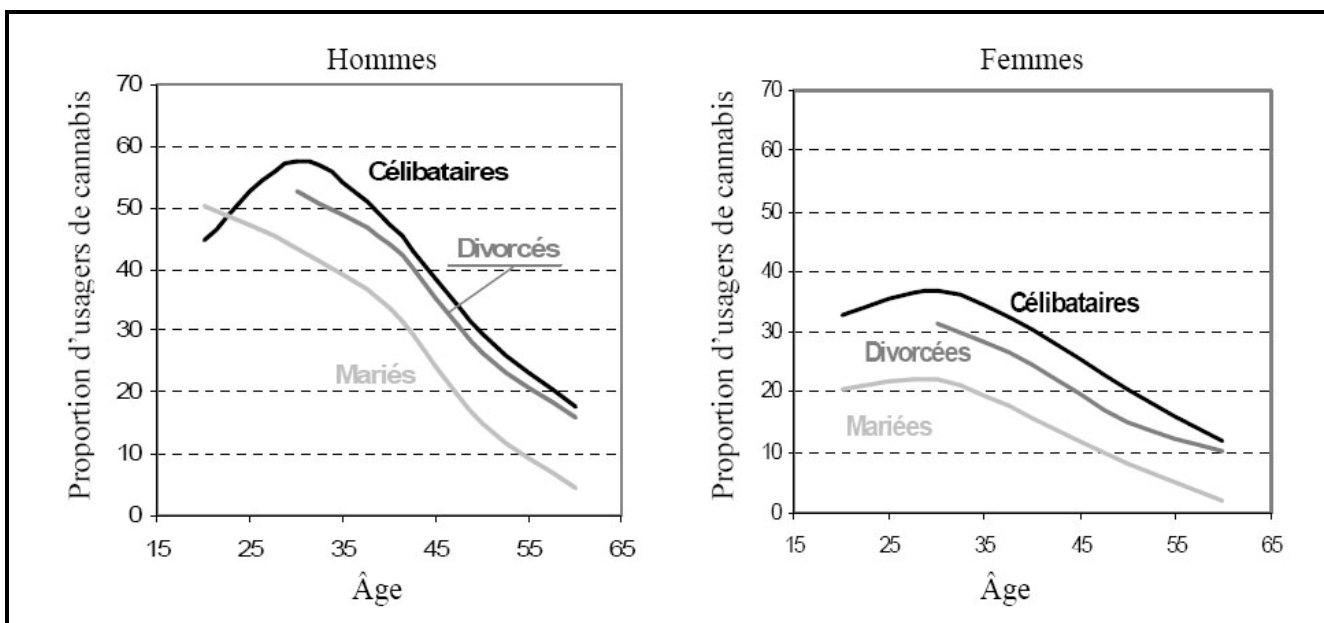
¹¹ État médical, Emploi/Ressources, Drogue/Alcool/Tabac/Autre Addictions, Situation légale, Histoire de la famille, Relations familiales/Sociales, État psychiatrique.

¹² On parle ici d'apparente similarité, car le mode d'observation rétrospective entraîne de fait des biais auxquels échappent les observations suivies et/ou continues.

nécessairement caractérisé les individus dans le passé. En effet, alors que connaître la catégorie socioprofessionnelle (CSP) d'un individu ou son activité professionnelle actuelle ne renseigne aucunement sur les éventuels emplois précédents, et donc sur les CSP afférentes, le statut matrimonial contient en lui les états qu'a dû connaître au préalable le sujet. On est, par exemple, assuré qu'un divorcé a été antérieurement marié. On est tout autant informé du fait qu'une femme ayant trois enfants a d'abord été mère d'un puis de deux enfants. Cependant, la collecte des informations relatives à la fécondité dans le questionnaire du baromètre santé pose plusieurs problèmes qui seront présentés par la suite et explique que seule la nuptialité puisse être l'objet des résultats ici présentés.

À travers la nuptialité, c'est l'impact de la mise en couple et par conséquent le rôle que peut entraîner la modification du cadre privé de l'individu sur ses consommations de cannabis qu'il est possible d'étudier. En cela, l'augmentation croissante des nouvelles formes d'union à laquelle on assiste en France depuis une trentaine d'années fait craindre que le choix du statut matrimonial comme variable discriminante soit de peu d'intérêt, d'autant qu'il peut ne pas nécessairement correspondre à un état de fait. Malgré tout, il a été décidé de conserver cette variable de préférence à celles qui sont relatives à l'entourage de l'individu, en raison de l'absence de caractère objectif pouvant définir la notion de vie en couple. Il n'est en effet pas explicité ce qui est apposé à la notion de vie en couple, celle-ci étant par conséquent laissée à l'appréciation de l'enquêté et de sa subjectivité.

FIGURE 6 : PROPORTION D'INDIVIDUS AYANT CONSOMMÉ DU CANNABIS AU COURS DE LEUR VIE PAR STATUT MATRIMONIAL SELON L'ÂGE EN 2005 (EN %)



Source : Baromètre Santé 2005 ; exploitation N. CAUCHI-DUVAL

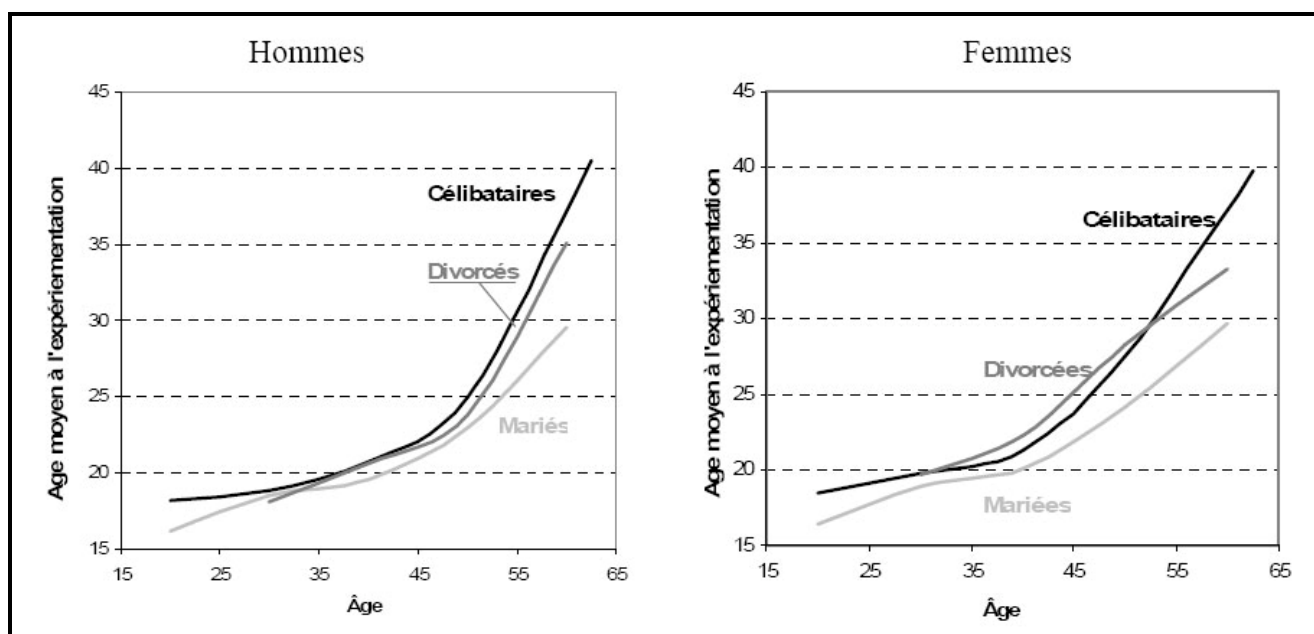
L'expérimentation du cannabis diffère significativement selon le statut matrimonial considéré, chez les hommes comme les femmes (figure 6). Hormis chez les jeunes hommes de 15-24 ans, pour lesquels les mariés sont plus souvent expérimentateurs que les célibataires, ce qui laisse suggérer une précocité de leur part autant vis-à-vis du mariage que de l'usage de drogues, on note un même ordonnancement des statuts matrimoniaux au fil des générations. Les mariés, dont on sait par ailleurs qu'ils présentent une plus grande aversion aux risques, sont ceux qui ont le moins souvent fait l'expérimentation de cannabis au cours de leur vie. Les divorcés présentent des niveaux d'expérimentation intermédiaires, qui peuvent tenir au fait que les personnes concernées ont vécu une période d'union au cours de laquelle leurs

comportements ont été influencés par celle-ci ; les proportions sont cependant, chez les femmes, moins proches de celles des célibataires que chez les hommes.

Ces différents comportements, observés pour les trois statuts matrimoniaux considérés, révèlent l'existence d'interrelations entre nuptialité, divortialité et expérimentation de cannabis, mais ne peuvent pas, à eux seuls, renseigner sur les éventuelles causalités existantes. On peut cependant formuler quelques hypothèses sur les mécanismes qui concourent à de telles répartitions grâce à la mesure de l'âge moyen à l'expérimentation des sous-populations considérées (Figure 7).

Comme hommes et femmes mariés ont, quelles que soient les générations considérées, fait l'expérimentation du cannabis plus précocement que l'ensemble des individus, le mariage pourrait être un frein à l'expérimentation. En effet, l'arrêt de nouvelles expérimentations qu'entraînerait le mariage fait qu'à chaque âge, ceux qui ont expérimenté n'ont pu le faire qu'à des âges plus faibles, les nouvelles expérimentations au sein du mariage étant supposées plus rares qu'en dehors. Pour autant, rien n'assure qu'il ne s'agisse pas en fait d'une nuptialité différentielle des expérimentateurs les plus précoces. De plus, on observe chez les femmes divorcées de moins de 50 ans une expérimentation plus tardive, pouvant être la conséquence d'une divortialité plus importante des femmes ayant fait usage du cannabis plus tardivement. La sortie de la population des femmes mariées ayant expérimenté le cannabis aux âges les plus élevés participerait ainsi à l'apparente précocité de l'expérimentation des femmes mariées.

FIGURE 7 : ÂGE MOYEN À L'EXPÉRIMENTATION DE CANNABIS DES INDIVIDUS PAR STATUT MATRIMONIAL SELON L'ÂGE EN 2005 (EN %)



Source : Baromètre Santé 2005 ; Exploitation N.CAUCHI-DUVAL

L'existence d'un second âge à l'expérimentation, présenté plus avant, laisse pourtant penser que ce n'est pas par la sortie d'expérimentatrices tardives de la population des mariées, mais plutôt par une expérimentation tardive des divorcées que pourrait s'expliquer l'âge moyen plus élevé. Si le mariage s'avérait être un frein à l'expérimentation, la rupture de cette union annulerait également le facteur protecteur de celle-ci. Ces considérations ne sont qu'hypothétiques et l'entremise d'âges moyens au mariage et au divorce, des générations observées en 2005, devrait à terme permettre de préciser ces premières observations. Néanmoins, elles ne renseigneront pas sur le sens des causalités éventuelles entre les différents

phénomènes. Ce n'est que par l'obtention d'informations complémentaires lors de la passation du questionnaire que celles-ci pourraient être révélées.

2.2. Propositions d'améliorations de collecte

Afin de dissocier les différents phénomènes qui déterminent les proportions d'expérimentateurs selon le statut matrimonial, et de comprendre comment chacun d'entre eux concourt à la réalisation des autres, il est nécessaire de disposer des dates de réalisation des différents événements par lesquels ils se manifestent. Ainsi, outre la durée du veuvage, il faudrait que soient également collectées les dates de mariage et de divorce. En complétant celles-ci par l'âge à l'expérimentation, il serait alors possible d'établir l'ordre d'apparition de ces phénomènes et de calculer les indices de synthèses qui permettraient au mieux de les décrire.

Grâce à la collecte de ces informations, au-delà de la proportion d'expérimentateurs de drogues parmi les personnes mariées, pourront être distingués les mariages d'expérimentateurs célibataires des expérimentations de mariés. Par confrontation avec les expérimentations de célibataires, on pourra prendre la mesure de l'éventuelle influence du mariage sur l'expérimentation, et l'identifier ainsi comme frein ou non à l'expérimentation. Qui plus est, pourrait être observée une éventuelle nuptialité différentielle entre abstinents et expérimentateurs. En conséquence, il serait possible de savoir si la plus faible proportion d'expérimentateurs parmi les mariés que parmi les célibataires s'explique par une plus faible expérimentation des mariés, par une plus forte nuptialité des abstinents ou par les deux phénomènes à la fois. Cela ne pourrait être en fait vérifié qu'aux plus jeunes âges où peu de divorces sont observés. Une fois les divorces trop nombreux pour être négligés, une divortialité plus importante des expérimentateurs participerait également à la faiblesse de la prévalence d'expérimentation des mariés. C'est, entre autres, pour y remédier qu'il serait nécessaire de connaître l'âge au divorce. Celui-ci différenciera les divorces d'expérimentateurs mariés des expérimentations de divorcés. Par relation avec les divorces des abstinents, les divorces d'expérimentateurs reflèteront l'éventuel impact de l'usage de cannabis sur la divortialité, alors qu'en complément des expérimentations de mariés, celles des divorcées pourraient informer sur le rôle du divorce sur l'expérimentation. Enfin, par l'âge au mariage et au divorce, on pourra déterminer l'influence de la durée du mariage sur l'expérimentation et la divortialité.

Sous condition que soit définie objectivement la vie en couple – par exemple, six mois de vie commune – ce sont bien évidemment les dates de mise en union et de rupture d'union qu'il conviendrait également de collecter. Pour tenir compte des nouvelles formes d'union, les âges auxquels ont été contractés ou rompus les PACS mériteraient également d'être renseignés.

L'ajout de nouvelles questions aux plusieurs centaines qui forment déjà le questionnaire des baromètres santé risquerait de nuire au bon déroulement de l'enquête en raison de la lassitude que pourraient ressentir les enquêtés lors de la passation du questionnaire. L'amélioration des données collectées ne doit donc pas se réaliser par le simple ajout de questions dont on sait qu'il pourrait être infini. Il faut envisager une réorganisation de l'information collectée, notamment en ce qui concerne la fécondité pour laquelle on ne dispose que de l'âge des enfants encore présents (pouvant atteindre toutefois le onzième rang) sans possibilité de distinguer ceux de l'enquêté de ceux qui, pour les femmes, sont le résultat d'une de leurs grossesses. Il serait éventuellement plus efficace de collecter l'âge de la mère à la première et à la dernière naissance, ainsi que le nombre de ses grossesses. Cela semble *a priori* plus en adéquation avec l'objectif du baromètre, les grossesses ayant plus de conséquences sur la santé que l'adoption. À noter que s'il est possible, grâce aux données du baromètre santé, d'estimer la part des femmes qui projettent d'arrêter de fumer, il est impossible en revanche de déterminer dans quelle mesure le projet se concrétise ; ce qui pourrait l'être avec les modifications proposées.

Conclusion

Depuis près de deux décennies, le cannabis n'a pas cessé de se diffuser dans la population. L'augmentation s'observe principalement chez les jeunes générations auprès desquelles cette drogue rencontre un large succès. Si les niveaux d'usage des jeunes hommes ont atteint un seuil qui apparaît difficile à dépasser [OFDT (2006)], ceux des jeunes femmes continuent d'augmenter et se rapprochent de ceux de leurs homologues masculins ; c'est là une tendance globalement observable en matière de pratiques à risques. Le cannabis est souvent considéré comme une drogue de jeunes dont l'entrée à l'âge adulte interrompt la consommation. L'observation longitudinale réalisée grâce aux données du baromètre santé infirme cette supposition en révélant l'apparition d'une expérimentation des femmes de 35-44 ans, signe que la démocratisation du cannabis se traduit également par sa diffusion au sein de générations plus anciennes. Les premiers résultats des recherches menées sur l'influence éventuelle des comportements démographiques ne permettent pas assurément d'expliquer cette seconde plage d'expérimentation des femmes, mais ils laissent cependant penser que ces phénomènes y participent. Ce n'est que par l'ajout de quelques questions que pourraient être affinés ces résultats, et la refonte d'une minorité de questions relatives à la situation sociodémographique des enquêtés, notamment en termes de fécondité, permettrait que l'observation des usages de drogues ne se limite pas à une mesure statique des usages de drogues, mais tienne compte de la dynamique des parcours des usagers.

BIBLIOGRAPHIE

- BECK F., LEGLEYE S., SPILKA S., BRIFFAUL X., GAUTIER A., LAMBOY B., LÉON C., WILQUIN J-L. (2006), *Les niveaux d'usage des drogues en France en 2005*, Tendances, n° 48, OFDT.
- EHRENBERG A., (1995), *L'individu incertain*. Paris, Hachette Littératures.
- GUILBERT Ph., GAUTIER A., (sous la direction). (2006), Baromètre santé 2005. Premiers résultats. Saint-Denis, INPES, coll. *Baromètres santé*, 176 p.
- PARQUET P.-J., (1997), *Pour une politique de prévention en matière de comportements de consommation de substances psycho-actives*, Vanves, CFES.