

De l'observation des **USAGES** à la mesure de l'usage problématique de cannabis Éléments de comparaisons internationales

*François Beck, Stéphane Legleye,
Ivana Obradovic
Observatoire français des drogues
et des toxicomanies, Paris*

Depuis le début des années 80, les États-Unis, le Royaume-Uni et l'Australie ont mis en place des systèmes d'observation des usages de produits psychoactifs en population générale et en population étudiante. Plusieurs pays européens se sont également dotés, au cours des années 90, de tels systèmes autour notamment de l'OEDT (Observatoire européen des drogues et des toxicomanies).

Si les données disponibles restent difficiles à comparer terme à terme d'un pays à l'autre, la mise en place de nouvelles enquêtes statistiques a permis d'améliorer sensiblement l'observation nationale des

consommations de substances psychoactives, notamment parmi les plus jeunes. L'adolescence et le passage à l'âge adulte constituent en effet un moment-clé de l'entrée en consommation : en France, aujourd'hui, un jeune de 17 ans sur deux a expérimenté le cannabis (en a déjà fumé au moins une fois dans sa vie), et cette expérimentation a lieu, en moyenne, vers 15 ans. Cette proportion, certes éloignée des niveaux d'expérimentation de l'alcool et du tabac (respectivement, plus de 9 et 8 adolescents de 17 ans sur 10), mais en augmentation depuis plusieurs années, appelle une mise au point sur les questions sui-

vantes : quels sont les grands types d'usage de cannabis et les caractéristiques des différents consommateurs ? Dans quelle mesure les différents types d'usage sont-ils problématiques ? Comment se situe la France parmi ses voisins européens ? Par rapport aux États-Unis ou au Canada ? Quels sont les risques associés à l'usage de cannabis ? Comment faire pour définir et mesurer un usage problématique de cannabis ? Pour répondre à ces interrogations, il est important de circonscrire la notion d'usage problématique appliquée au cannabis dont la nature des effets pathogènes à long terme demeure encore largement controversée. Car si l'observation des usages de cannabis et des liens entre formes d'usage et caractéristiques sociodémographiques des consommateurs s'est nettement améliorée depuis le début des années 90, l'étude de certains aspects reste à approfondir (concernant par exemple la relation entre formes d'usage et situations socio-sanitaires).

À l'heure actuelle, il n'existe pas en France de données précises concernant l'ampleur de l'usage nocif (selon la typologie retenue dans la CIM-10) ou de l'abus (selon les critères du DSM-IV) des substances psychoactives¹, considéré comme l'ensemble des usages immédiatement ou rapidement dommageables pour l'individu².

Si la frontière entre *usage nocif* et *dépendance* peut être distinguée dans la pratique clinique, elle devient beaucoup plus difficile à marquer lorsqu'il s'agit d'enquêtes épidémiologiques et statistiques, en l'absence de diagnostic clinique. Ces deux concepts sont ainsi souvent appréhendés de manière globale sous le terme, général et flou, d'*usage à problème*.

Il semble pourtant fondamental d'évaluer pour chaque drogue le pourcentage d'individus dépendants, ainsi que de clarifier la notion d'une éventuelle tolérance. Sachant que l'usage occasionne des dommages plus ou moins conséquents selon son intensité, selon le type de comportement vis-à-vis de la prise de produit, selon la vulnérabilité individuelle, il paraît essentiel de pouvoir évaluer la gradation des risques associés aux divers types d'usage.

En l'absence de définitions robustes et unifiées des paliers d'usage problématique, l'usage (*use*), l'usage nocif ou abus (*abuse*), et la dépendance (*dependence*) sont les critères actuellement retenus dans la plupart des études.

Les principales difficultés de l'observation des usages problématiques tiennent à la nature différente des rapports à l'usage et des troubles liés à la consommation (risques associés, problèmes sanitaires, scolaires, sociaux, voire judiciaires). Au demeurant, le caractère problématique de l'usage n'est pas toujours observable au moment de l'enquête (s'agissant par exemple de problèmes consécutifs à l'usage qui ne sont pas encore survenus).

L'OEDT fait référence à la notion d'usage problématique de drogues, à savoir *l'usage par injection ou usage de longue durée ou régulier d'opiacés, de cocaïne et/ou amphétamines* (OEDT, 2002), et cherche actuellement à étendre cette notion au cannabis.

Dans l'attente d'une définition européenne à laquelle il contribuera, l'OFDT a retenu la définition suivante : usage susceptible d'induire des dommages sanitaires et sociaux importants pour soi ou pour autrui. La pertinence et la mesure de cette notion sont encore à l'étude. Avant de répertorier les recherches en cours visant à déterminer des indicateurs qui permettront de repérer les situations d'usage problématique de cannabis et leurs conséquences, il est possible, en l'état des données, de dresser un tableau comparatif des situations épidémiologiques européennes et extra-communautaires de la consommation du cannabis, avec les chiffres établis selon les critères d'usage en vigueur.

La notion de *prévalence-vie*, la plus large, définit la *consommation au moins une fois au cours de la vie*. Pour la population adulte, elle s'avère à peu près comparable dans différents pays européens et même extra-communautaires, même si l'année de production des chiffres et les tranches d'âge des populations étudiées peuvent varier légèrement³.

L'usage occasionnel, habituellement mesuré dans les enquêtes par la proportion des personnes ayant consommé au moins une fois du cannabis au cours de l'année précédant l'en-

1 - Voir les critères des CIM-10 et DSM-IV dans l'article de X Laqueille, *Les troubles psychiatriques liés à l'usage de cannabis*, page 19 de ce dossier

2 - Reynaud M (dir) *Usage nocif de substances psychoactives*, Paris La Documentation Française, 277 p (2002)

3 - Parmi les adolescents, l'enquête Espad menée en 1995, puis en 1999, en milieu scolaire, offre un remarquable cadre de comparabilité

La consommation problématique de cannabis : un objet d'étude européen

Linda Montanari
*Observatoire européen des drogues
et des toxicomanies*

10

En octobre 2003, l'OEDT (Observatoire européen des drogues et des toxicomanies) a initié un projet d'étude sur l'usage régulier et intensif du cannabis, afin d'analyser plus finement l'ampleur et la nature des problèmes liés à l'usage régulier de cannabis, ainsi que les caractéristiques sociales de ce type d'usagers.

La mise en place du projet s'appuie sur le constat, dans plusieurs pays européens, d'un accroissement au cours des six dernières années des recours aux soins émanant d'usagers de cannabis. En effet, à partir de 1996, on observe une augmentation de 13 % des personnes ayant fait une demande de traitement pour un problème lié au cannabis (en tant que produit principal).

Ce projet d'étude devrait permettre à l'OEDT d'apporter des éléments de réponse aux interrogations suivantes :

- Quelles sont les raisons de cette augmentation?
- Quelles sont les caractéristiques des personnes qui formulent une demande de traitement?
- Quelle est la proportion d'usagers faisant valoir des problèmes liés à la consommation, pour chaque niveau d'usage (régulier/intensif) du cannabis?

- Quelle corrélation y a-t-il entre les problèmes soulignés et les différents modes d'usage?
- Quels sont les instruments pour mesurer l'usage régulier/intensif ou la dépendance au cannabis, et leurs déterminants?

L'étude produira en premier lieu une synthèse des éléments de connaissance disponibles dans la littérature scientifique, et notamment dans les principaux rapports parmi les plus récents. Une analyse systématique des rapports nationaux (produits par les 15 pays européens et la Norvège) sera menée dans un second temps, particulièrement au niveau des données avancées au chapitre spécifique du rapport entre problèmes liés au cannabis et recours au traitement pour son usage. Dans ce cadre, les différents pays ont fourni des données quantitatives sur le nombre de personnes ayant eu recours aux soins et sur les usagers réguliers de cannabis en population générale. En outre, un groupe restreint d'experts a été créé pour discuter de la démarche générale de l'étude et pour proposer une première approche des données disponibles sur les demandes de soins et l'usage problématique en population générale. Ce groupe a également été missionné pour initier un débat sur des sujets parmi les plus controversés comme la nature de l'offre de soins et la spécificité des interventions nécessitées par les usagers de cannabis, ou encore sur le rapport entre psychoses et consommation intensive de cannabis.

Ces éléments feront l'objet d'un rapport final sur la situation en Europe quant à ce thème et seront intégrés au rapport annuel 2004 de l'OEDT.

quête – la *prévalence-année* – peut également être renseigné pour différents pays.

En revanche, les indicateurs de mesure des consommations plus fréquentes et répétées (nombre de consommations au cours des 12 derniers mois ou du dernier mois) sont plus rarement documentés. Ni la consommation quotidienne, ni le risque d'une éventuelle dépendance ne sont systématiquement pris en compte dans les statistiques nationales.

Or la fréquence et l'intensité des consommations ont une incidence majeure sur la survenue de troubles cliniquement observables et autres problèmes liés à l'usage de cannabis. L'absence de données européennes comparables relatives aux consommations fréquentes et intensives ne facilite pas les analyses en termes d'usage problématique.

Les éléments sur lesquels repose cette contribution sont en grande partie issus de l'enquête

4 - Les présentations méthodologiques de ces enquêtes figurent dans les rapports de chacune d'entre elles, disponibles sur demande gratuite à l'OFDT, et en ligne sur www.ofdt.fr

5 - Beck F, Legleye S
Les adultes et les drogues en France : niveaux d'usage et évolutions récentes, Tendances 30 : 6 p (2003)

6 - OEDT
État du phénomène de la drogue dans l'union européenne et en Norvège, Lisbonne, OEDT, 82 p (2003)

7 - Bauman A, Phongsavan P
Epidemiology of substance use in adolescence : Prevalence, trends and policy implications, Drug & Alcohol Dependence 55 (3) : 187-207 (1999)

8 - Degenhardt L, Lynskey M, Hall W
Cohort trends in the age of initiation of drug use in Australia, Australian and New Zealand Journal of Public Health 24 : 421-426 (2000)

annuelle Escapad (données les plus récentes) et de l'enquête Espad, qui permet de suivre, dans les mêmes termes d'un pays à l'autre, les tendances de l'usage de produits psychoactifs parmi les adolescents ; plus généralement, les études en population générale menées à l'OFDT ont été ici largement mobilisées, qu'elles s'appuient sur des enquêtes⁴ menées de façon autonome ou en partenariat avec des organismes comme l'Inpes (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé), l'Inserm (Institut national de la santé et de la recherche médicale) et la DCSN (Direction centrale du service national), ou le service d'addictologie de l'hôpital Paul Brousse de Villejuif.

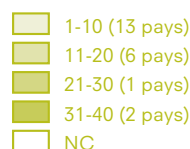
En 10 ans, un accroissement conséquent de la consommation de cannabis en France et en Europe : les adolescents français en tête des pays européens

Chez les jeunes adultes en France, l'expérimentation de cannabis a doublé depuis le début des années 90 : en 1992, 18 % des 18-44 ans déclaraient avoir déjà fumé du cannabis au cours de leur vie, contre 35 % en 2002. L'augmentation est, d'une façon générale, d'autant plus forte que la population observée est jeune : ainsi, celle mesurée parmi les 18-25 ans dépasse celle mesurée parmi les 26-44 ans⁵. Un accroissement de la consommation est également constaté dans les pays de l'Union Européenne⁶, aux États-Unis⁷, en Australie et en Nouvelle-Zélande⁸, pays ayant déjà au départ une forte prévalence de consommation de cannabis.

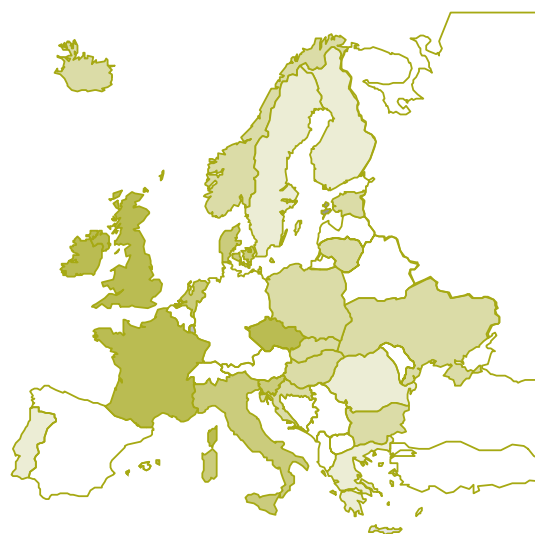
L'enquête en milieu scolaire Espad, menée auprès des élèves de collèges et de lycées avec le même questionnaire et à la même date dans plus de 20 pays européens en 1995 et en 1999 a permis d'observer que l'usage du cannabis est un phénomène qui s'est développé partout en Europe au cours des années 1990. Trois pays présentaient une proportion d'expérimentateurs supérieure à 20 % en 1995, contre huit pays en 1999. La France s'est trouvée en tête en 1999.



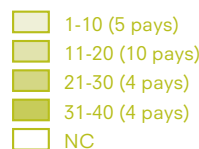
Expérimentation de cannabis 1995 (en %)



Source : Espad 1995



Expérimentation de cannabis 1999 (en %)



Source : Espad 1999

Les prévalences-vie de consommation de cannabis chez les 15-16 ans ont augmenté dans tous les pays européens. Le Royaume-Uni et l'Irlande, pays de forte consommation, présentent des prévalences de consommation chez les plus jeunes qui paraissent se stabiliser depuis quelques années autour de 35 %. En revanche, les prévalences de consommation ne cessent

de croître dans les autres pays : c'est le cas de la Finlande (hausse de 5 % à 10 % de 1995 à 1999), du Danemark (de 17 % à 24 % dans la même période), de la Belgique et de la France (de 12 % en 1993⁹ à 35 % en 1999).

Ce taux d'expérimentation place la France en première position *ex aequo* avec la République tchèque et le Royaume-Uni, parmi les pays participant à l'enquête Espad. Aux Pays-Bas, l'expérimentation s'élève à 28 % et elle atteint 41 % aux États-Unis. Ainsi, environ 16 % des jeunes de l'Union européenne âgés de 15-16 ans (nés en 1983 et interrogés en 1999) auraient déjà consommé au moins une fois du cannabis¹⁰. L'évolution est analogue au Canada où il apparaît que la prévalence du cannabis au cours des douze derniers mois, chez des collégiens et lycéens âgés de 12 à 19 ans, a augmenté, passant de 12 % à 29 % entre 1991 et 1999.

Toujours à partir du rapport Espad 1999, on observe que, pour l'usage de cannabis au cours des 30 derniers jours des collégiens et lycéens, la France (22 %) est première devant la République tchèque, le Royaume-Uni et l'Irlande (16 %). À titre de comparaison, la préva-

lence aux États-Unis s'élève à 19 %. Au Canada, une estimation a fait apparaître que chez les jeunes de 12 à 17 ans, 30 % auraient fait un usage de cannabis au cours du dernier mois¹¹.

Des niveaux d'usage élevés parmi les adolescents...

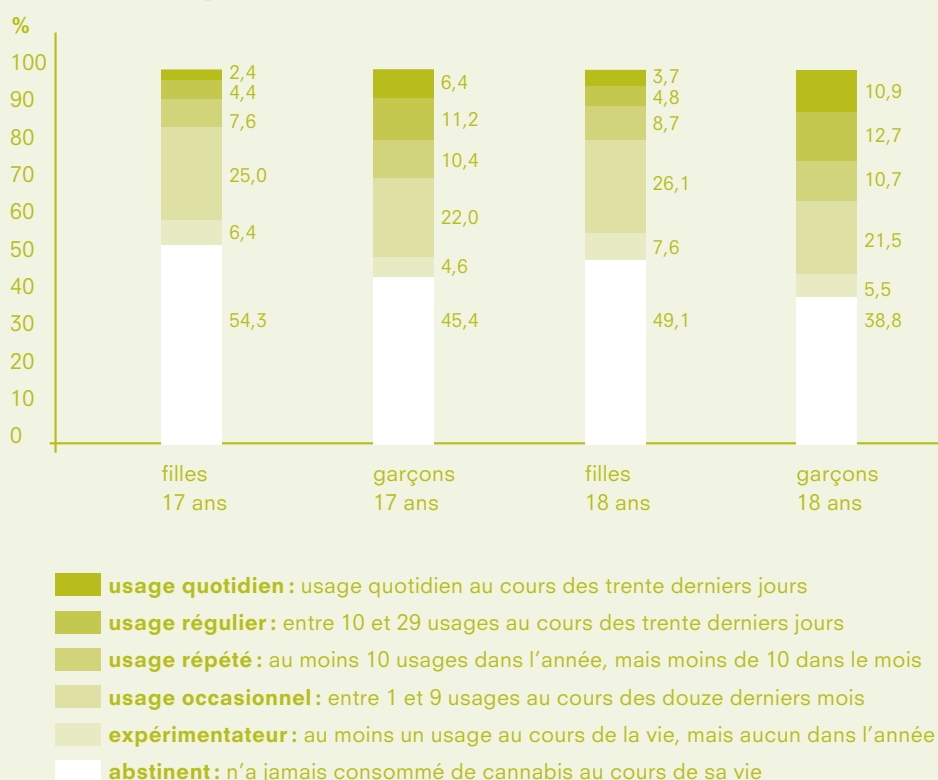
À la fin de l'adolescence, en France, environ la moitié des jeunes a essayé au moins une fois le cannabis. Cette proportion augmente avec l'âge au long de l'adolescence, vraisemblablement parce que les opportunités d'en avoir consommé sont plus importantes à 18 ans qu'à 14 ans. Mais le type d'usage évolue lui aussi au cours de la vie, pour la fraction d'expérimentateurs qui continueront leur *carrière* d'usagers. À mesure que la fréquence d'usage s'accroît, les comportements apparaissent de plus en plus sexuellement différenciés : s'il y a autant de filles que de garçons parmi les faibles consommateurs, l'usage répété, régulier ou quotidien concerne deux fois plus de garçons (31,6% vs 16,0%). Cet écart augmente avec l'intensité de la consommation, les garçons

9 - Choquet M, Ledoux S *Adolescents*, Paris, Inserm, 346 p (1994)

10 - Hibell B, Andersson B, Ahlstrom S, Balakireva O, Bjarnasson T, Kokkevi A, Morgan M *The 1999 Espad Report : Alcohol and other Drug Use among Students in 30 European Countries*, Stockholm, Conseil de l'Europe, 362 p (2000)

11 - Estimation produite dans le rapport du Comité spécial du Sénat canadien sur les drogues illicites : Nolin PC *Le cannabis : positions pour un régime de politique publique pour le Canada* (2002)

Structure des usages de cannabis à 17-18 ans, en France, en 2002



Source : Escapad 2002, OFDT

12 - Beck F, Legleye S
Évolutions récentes
des usages de
drogues à 17 ans :
Escapad 2000-2002,
Tendances 29, 4 p
(2003)

13 - Beck F, Legleye S
Les jeunes et le
cannabis : les données
d'un phénomène
de société, Regards
sur l'actualité 294
(2003)

14 - Les variations
de l'indice de malaise
psychologique en
fonction des usages
de produits
psychoactifs
étaient étudiées en
effectuant une
régression linéaire.
Pour calculer cet
indice, les modalités
Jamais, rarement,
assez souvent et très
souvent des 8 items
relatifs aux troubles
du sommeil et de
l'humeur étaient
codées 1, 2, 3 et 4 ;
puis les réponses
étaient additionnées
pour chaque individu,
ce qui permet
d'obtenir un indice
variant de 8 à 32 qui,
ne préjugeant en rien
quant au sens de la
relation entre l'usage
et le produit (cause
à effet, effet à cause
ou concomitance),
permet tout au moins
de quantifier les
relations entre les
signes de malaise
déclarés et un usage
donné, toutes choses
étant égales par
ailleurs, c'est-à-dire
en contrôlant les
effets de l'âge,
du sexe et des
usages des autres
substances

étant trois fois plus nombreux à déclarer un usage régulier ou quotidien¹².

Si son usage s'est généralisé, et bien que son aspect transgressif semble moins important qu'il y a quelques années, le choix de fumer du cannabis reste significatif et signifiant. Il existe une grande variété d'usages et de contextes de consommation. Il faut souligner la diversité des parcours qui peuvent être modulés en fonction du contexte (usage festif, pour se détendre ou pour gérer un stress). Par ailleurs, les jeunes interrogés dans Escapad insistent fréquemment, dans le commentaire libre, sur le caractère transitoire de leur usage, qu'ils envisagent le plus souvent d'abandonner lors du passage à l'âge adulte¹³.

... qui sont difficiles à corrélés à des situations d'usage problématique bien identifiées...

Si le niveau d'expérimentation du cannabis a doublé en France entre 1993 et 1999 – cette évolution n'ayant pas connu d'inflexion notable entre 1999 et 2002 – on peut noter que, sur la même période, son usage répété (au moins 10 fois par an) a progressé encore plus vite : il a triplé parmi les garçons (passant de 10 % à 28 %) comme parmi les filles (passant de 4 % à 14 %), et ce de façon très linéaire. Pour autant, il faut se garder d'extrapoler une telle croissance aux années à venir, un tassement étant à prévoir compte tenu des niveaux déjà atteints. Afin d'obtenir une estimation de l'effectif concerné par les différents usages de cannabis sur une large partie de la population à l'échelle nationale, il est possible de mobiliser les informations issues de toutes ces enquêtes.

Ces chiffres sont donc des approximations qui doivent être lues comme des données de cadrage offrant un ordre de grandeur, la marge d'erreur restant importante. Celle-ci est d'ailleurs calculable, la seconde ligne du tableau donnant les intervalles de confiance (IC) approximatifs.

À partir des niveaux d'usage ainsi identifiés, le rapport Escapad 2000 a tenté d'aborder la question du repérage des comportements associés à des usages importants ou à des situations *problématiques*. Le questionnaire avait intégré, pour appréhender le rapport entre usage et situation problématique, deux items relatifs au contexte d'usage. Ainsi, quatre comportements ont pu être isolés parmi les individus ayant pris du cannabis au moins une fois au cours de leur vie :

- ne pas consommer *souvent* seul ni *souvent* en début de journée (76,5 % de l'échantillon),
- consommer *souvent* seul, mais pas *souvent* le matin (2,6 %),
- consommer *souvent* le matin, mais pas *souvent* seul (9,1 %),
- consommer *souvent* le matin, et *souvent* seul (11,8 %).

La question soulevée à l'appui de cette typologie était celle de savoir dans quelle mesure les trois derniers comportements peuvent être associés à des situations problématiques (définies comme des situations de mal-être liées à des signes de malaise psychologique ou à une santé jugée insatisfaisante) ou à des niveaux d'usage élevés.

Les indicateurs retenus pour tester cette relation étaient d'une part, un indice de malaise psychologique¹⁴ et la proportion d'individus qui jugeaient leur état de santé insatisfaisant et d'autre part, le tabagisme intensif (plus de dix

Estimations des effectifs des différents types d'usagers de cannabis parmi les 14-75 ans (France)

	expérimentateurs	occasionnels	réguliers	quotidiens	total
14-75 ans	6 400 000	3 200 000	400 000	450 000	10 500 000
IC à 95 %	[6 100 000 - 6 700 000]	[3 000 000 - 3 400 000]	[300 000 - 500 000]	[350 000 - 550 000]	[10 000 000 - 11 000 000]

NB : Les quatre catégories présentées sont exclusives les unes des autres.

Sources : Escapad 2002 OFDT, Espad 1999 Inserm-OFTD-MENRT, Eropp 2002 OFDT, Baromètre Santé 2000, Inpes, exploitation OFDT

Prévalences et situations problématiques selon le type de comportement parmi les expérimentateurs de cannabis

	signes de malaise (en indice)	santé jugée pas satisfaisante	tabagisme intensif	plus de 40 ivresses au cours de la vie	« mélange »
pas souvent	16,5	5,8%	19,0%	3,8%	6,2%
souvent le matin	16,7	10,0%	33,0%	7,7%	22,7%
souvent seul	17,8	11,3%	38,1%	10,2%	20,4%
souvent les deux	17,1	12,8%	41,4%	19,3%	42,6%

Source : Escapad 2000, OFDT

14

cigarettes par jour), les fortes déclarations d'ivresse au cours de la vie (plus de 40) et le fait de déclarer un usage concomitant de plusieurs substances psychoactives (désigné sous le terme de *mélange*).

Cette mise en perspective a permis de conclure que si le lien avec des situations de fragilité psychologique ou relative à la santé existe, il n'apparaît pas excessivement important. Celui avec les usages intensifs de substances psychoactives est apparu en revanche très fort, notamment pour les individus cumulant les deux pratiques considérées, sans que ce profil soit forcément associé à des situations vécues comme problématiques. Il en va de même du lien avec le tabagisme intensif. Parmi les expérimentateurs de cannabis, ceux qui en consomment à la fois souvent en début de journée et souvent seuls sont nettement plus consommateurs de substances psychoactives mais ne déclarent pas plus de signes de malaise psychologique et ne sont pas particulièrement insatisfaits de leur santé¹⁵.

... en l'absence de connaissances validées sur la dangerosité du cannabis

Les représentations associées aux drogues semblent aujourd'hui en mutation, particulièrement dans le cas du cannabis. C'est ce que montre l'enquête en population générale Erapp¹⁶ conduite en 1999, puis en 2002, auprès des 15-75 ans par l'OFDT.

Alors que le jugement de la population reste très négatif à l'égard des drogues illicites réputées les plus dangereuses (cocaïne, héroïne et ecs-

tasy) et que la dangerosité des drogues licites (alcool, tabac) est perçue de manière accrue, l'image du cannabis apparaît plus ambiguë. Si son expérimentation est déjà jugée dangereuse par la moitié de la population en 2002 comme en 1999, le cannabis est jugé moins addictif que l'alcool et surtout le tabac, et la proportion de personnes jugeant qu'il n'est dangereux que si on en fume tous les jours a augmenté (28 % en 1999, 33 % en 2002). De même, la proportion de personnes favorables à sa mise en vente libre est passée dans le même temps de 17 % à 23 %. C'est surtout au sein de la frange minoritaire, mais croissante, des consommateurs que l'image du cannabis devient plus favorable, mais les opinions des non consommateurs (notamment parce qu'ils sont de plus en plus nombreux à connaître des consommateurs) sont également concernées¹⁷.

En fait, il semble que les catégories juridiques telles que la loi de 70 les définit, celles du sens commun, mais aussi les catégories scientifiques qui permettaient de penser les drogues et les toxicomanies, soient remises en question. Depuis quelques années, le débat est de plus en plus médiatisé, comme l'illustre l'impact du rapport sur la dangerosité des drogues, rendu par le Professeur Roques au secrétaire d'État à la Santé en mai 1998¹⁸. Il fait le point sur les effets à court et à long terme des substances licites et illicites. La dangerosité individuelle et collective y est examinée au regard des bilans sur les risques sociaux, la morbidité et la comorbidité des substances. Le rapport note encore que tous les individus ne présentent pas la même vulnérabilité : c'est la conjonction défavorable du patrimoine génétique et du

15 - Beck F, Legleye S, Peretti-Watel P
Regards sur la fin de l'adolescence : consommations de produits psychoactifs dans l'enquête Escapad 2000, Paris, OFDT, 226 p (2000)

16 - Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les produits psychoactifs

17 - Beck F, Legleye S, Peretti-Watel P
Penser les drogues, perceptions des produits et des politiques publiques. Erapp 2002, Paris, OFDT, 228 p (2002)

18 - Roques B
La dangerosité des drogues, Rapport au secrétariat d'État à la Santé, Paris, Odile Jacob / La Documentation Française, 316 p (1999)

contexte socioculturel et émotionnel qui faciliterait une dérive possible vers l'addiction.

Ainsi un environnement familial et socioculturel conflictuel dans l'enfance constitue-t-il un facteur de risque de dépendance particulièrement élevé, qui semble aggravé par la précocité de la première expérience d'usage. La dépendance psychique, évaluée par la longueur des effets de rémanence, par l'attrance vers le produit et par l'évaluation approximative des rechutes, se manifeste aussi bien pour le tabac et l'alcool que pour l'héroïne. L'évaluation de la dangerosité sociale d'un produit tient compte des conduites agressives et incontrôlées induites directement par sa prise, ou indirectement lorsque le consommateur tente de s'en procurer. Cette évaluation conduit à placer l'héroïne, la cocaïne et l'alcool dans un groupe à forte dangerosité; de plus, parce que pour évaluer l'impact global sur la santé publique il faut tenir compte du nombre de consommateurs, l'alcool et le tabac font partie du groupe à toxicité générale élevée.

Selon le rapport Roques, aucune de ces substances n'est donc dépourvue de danger, toutes sont susceptibles de procurer du plaisir et peuvent entraîner des effets de dépendance psychique. Trois groupes ont ainsi pu être distingués en termes de dangerosité globale comparée: le premier comprend l'héroïne (et les autres opiacés), la cocaïne et l'alcool, le second les psychostimulants, les hallucinogènes, le tabac et les benzodiazépines et enfin, plus en retrait, le troisième ne comprend que le cannabis. Ce regroupement ne constitue pas pour autant un résultat définitif, le rapport concluant également à la nécessité de poursuivre et développer des recherches sur ces questions; mais il suggère que la distinction posée entre substances licites et illicites perd de sa pertinence, dès lors que les premières peuvent s'avérer sous certains aspects plus dangereuses que les secondes.

Menée trois ans plus tard, l'expertise collective de l'Inserm (2001) sur les effets du cannabis sur le comportement et la santé souligne que la consommation de cannabis entraîne des effets immédiats sur l'organisme¹⁹. Sur le plan cognitif, le cannabis a par exemple un effet amnésiant à court terme; lorsque la consommation

est plus importante, des troubles du langage ou de la motricité peuvent apparaître, bien qu'ils semblent régressifs en cas de cessation de la consommation.

L'usage chronique peut diminuer ces effets par un phénomène de pharmacotolérance, mais un usage intensif prolongé peut altérer les parcours scolaires ou professionnels chez certaines personnes. Il existe également des risques à long terme, qui peuvent être liés au mode de prise (tout produit de combustion inhalé a un effet irritant sur les voies aériennes), à la nature des produits de coupe du cannabis (plus ou moins toxiques), au mode de culture de la plante (présence éventuelle de pesticides), ainsi qu'à la présence de tabac (risque accru de cancer).

Il faut aussi tenir compte des risques spécifiques liés à certaines activités. C'est le cas notamment du travail sur machines ou de la conduite automobile sous l'emprise de cannabis, celui-ci induisant une somnolence et un ralentissement psychomoteur. Plusieurs études récentes tentent de mettre en évidence le surrisque occasionné par la conduite automobile sous influence de produits psychoactifs et notamment de cannabis.

Dans le cadre de la loi du 18 juin 1999 et de ses textes d'application, l'OFDT coordonne depuis le 1^{er} octobre 2001 une étude épidémiologique portant sur la recherche de stupéfiants chez les conducteurs impliqués dans un accident mortel de la route. Les résultats de cette étude seront connus avant la fin 2004, pour des accidents mortels survenus entre le 1^{er} octobre 2001 et le 30 septembre 2003.

Dans cette étude, l'OFDT a en charge le pilotage et une partie de la gestion des procédures d'accidents qui lui parviennent directement. Une équipe de recherche pluridisciplinaire est chargée de l'analyse des données recueillies. Dans l'attente de ces résultats, l'expertise collective de l'Inserm sur le cannabis reste l'ouvrage le plus à jour sur le sujet de la conduite automobile sous l'emprise de stupéfiants.

Toutefois, ce type de recherche est aussi délicat à mettre en œuvre que les résultats obtenus sont difficiles à interpréter: contrairement à l'alcool, le dépistage du cannabis n'est pas aisé, le lien dose-effet n'est pas établi, et il est

19 - Inserm
**Cannabis :
quels effets sur
le comportement
et la santé ?** Paris,
Inserm, Expertise
collective, 430 p
(2001)

très difficile de définir une population témoin de conducteurs non accidentés ayant été confrontés aux mêmes types de situations que celle ayant provoqué l'accident. De plus, on retrouve chez la majorité des conducteurs responsables d'accidents et ayant consommé du cannabis (consommation confirmée par contrôle urinaire), une consommation d'alcool associée²⁰.

Certaines études soutiennent même qu'une consommation de cannabis sans association à d'autres psychotropes ne serait pas un facteur de risque majeur d'accident²¹. Des études plus récentes, portant sur un plus grand nombre de cas, pourraient cependant contredire ces résultats.

Pour des raisons éthiques, il est de plus impossible, à l'heure actuelle, de contraindre un conducteur quelconque à se soumettre à des tests de dépistage du cannabis (qui, pour l'instant, nécessitent un recueil urinaire ou sanguin, contrairement à l'alcootest qui permet de repérer préalablement les personnes ayant consommé trop d'alcool, sans avoir force de preuve).

Les études aboutissent à des résultats variés, aussi bien en ce qui concerne la proportion de conducteurs (accidentés, tués ou non) dont le test de dépistage est positif, qu'en ce qui concerne le calcul de risque attribuable à la prise de substances psychoactives. Bien que toutes ou presque mettent en évidence un sur-risque associé à la prise de cannabis en association avec l'alcool, les résultats pour le cannabis seul sont, à l'heure actuelle, fragiles et critiquables. Une publication de l'Inrets (Institut national de recherche sur les transports et leur sécurité) fait le point sur les connaissances récentes²².

Enfin, il existe un lien entre la consommation de cannabis et certains troubles psychiatriques²³, comme la dépression, la schizophrénie²⁴ et certaines psychoses, notamment dans le cas d'arrêts brutaux de l'usage.

Dans le cas de la schizophrénie, la causalité est difficile à mettre en évidence du fait de la faible incidence de cette maladie et des produits consommés conjointement avec le cannabis; de plus, l'existence d'une prédisposition des patients ne peut jamais être écartée.

Dans le cas de la dépression, il semble que l'usage quotidien de cannabis favorise la survenue ou aggrave la dépression, notamment chez les femmes. Quoi qu'il en soit, ces problèmes demeurent très rares au regard de l'ampleur de la consommation de cannabis.

Il est enfin à noter que le cannabis a aussi des vertus thérapeutiques analgésiques et anti-émétiques, au point que dans plusieurs pays (Grande-Bretagne, Canada, Suisse et dans plusieurs États des États-Unis), la prescription de cannabis est autorisée pour soulager certains patients atteints de sclérose en plaques ou du sida, ou lors de chimiothérapies anti-cancéreuses²⁵.

Vers une mesure de l'usage problématique en population générale

Plusieurs échelles de dépistage de l'usage problématique de drogues ont été conçues à l'étranger, notamment aux États-Unis et en Nouvelle-Zélande. Au Canada, un important travail est mené depuis plusieurs années par le RISQ et le CIRASST pour progresser sur cette question²⁶. Des outils ont été conçus pour les adultes (DEBA-A/D²⁷) comme pour les adolescents (DEP-ADO²⁸), afin de déterminer l'aide la mieux adaptée au profil du répondant (pas de signe, nécessité de mieux évaluer les problèmes et nécessité d'une prise en charge). L'OFDT recense actuellement, en lien avec l'OEDT notamment, les différentes expériences menées au niveau mondial.

En France, une enquête destinée à offrir une mesure de l'usage problématique de drogues est en cours à l'OFDT, en partenariat avec le service d'addictologie de l'hôpital Paul Brousse : Adotecno (Adolescents, techniques d'évaluations des consommations nocives).

Cette étude a pour but de tester la validité de plusieurs questionnaires utilisés pour le dépistage d'usage nocif de substances psychoactives aux États-Unis et en Nouvelle-Zélande : le Crafft (Car Relax Alone Forget Family or Friends Troubles)²⁹ et le Alac³⁰. Elle comprend également un questionnaire conçu à l'OFDT pour l'exploration des usages problématiques (test *Cast*, Cannabis Abuse Screening Test)

20 - Simpson HM
The epidemiology of road accidents involving marijuana, Traffic Injury Research Foundation of Canada, Alcohol, drugs and driving, 3-4 (2) : 15-30 (1986)

21 - Chescher G
Cannabis and road safety: an outline of the research studies to examine the effects of cannabis on driving skills and actual driving performance. The effects of drugs (other than alcohol) on road safety, Melbourne, Road Safety Committee, Parliament of Victoria, 67-96 (1995)

22 - Assailly JP, Biecheler MB
Conduite automobile, drogues et risque routier, Les collections de l'Inrets, synthèse 42, 86 p (2002)

23 - Voir aussi sur ce sujet l'article de X Laqueille, *Les troubles psychiatriques liés à l'usage de cannabis*, page 19 de ce dossier

24 - Zammit S, Allebeck P, Lundberg I, Lewis G
Self reported cannabis use as a risk factor for schizophrenia in Swedish conscripts of 1969: Historical cohort study, British Medical Journal 325: 1199-1201 (2002)

25 - Cermak TL
Addiction perspective on the medicalization of marijuana, The Journal of psychoactive drugs 2: 155-162 (1998); David E, Smith MD
Review of the American medical association council on scientific affairs report on medical marijuana, The Journal of psychoactive drugs 2: 127-136 (1998)

26 - www.risq-cirasst.umontreal.ca

27 - Dépistage évaluation du besoin d'aide-alcool/drogues

Questionnaire Adospa (Adolescents et substances psychoactives), traduction française du Crafft utilisée dans l'enquête Adotecno

Réponses proposées : oui/non

1. Êtes-vous déjà monté(e) dans un véhicule (auto, moto, scooter) conduit par quelqu'un (vous y compris) qui avait bu ou qui était défoncé ?
2. Utilisez-vous de l'alcool ou d'autres drogues pour vous détendre, vous sentir mieux ou tenir le coup ?
3. Avez-vous déjà oublié des choses que vous deviez faire (ou fait des choses que vous n'auriez pas faites) quand vous utilisez de l'alcool ou d'autres drogues ?
4. Consommez-vous de l'alcool et d'autres drogues quand vous êtes seul(e) ?
5. Avez-vous déjà eu des problèmes en consommant de l'alcool ou d'autres drogues ?
6. Vos amis ou votre famille vous ont-ils déjà dit que vous deviez réduire votre consommation de boissons alcoolisées ou d'autres drogues ?

Deux réponses affirmatives indiquent un usage nocif de substances psychoactives.

17

Questionnaire d'auto-évaluation de la consommation de cannabis, traduction française du questionnaire néo-zélandais Alac, utilisée dans l'enquête Adotecno

Réponses proposées : oui/non

1. Votre entourage s'est-il plaint de votre consommation de cannabis ?
2. Avez-vous des problèmes de mémoire immédiate ?
3. Avez-vous déjà eu des épisodes délirants lors d'usage du cannabis ?
4. Considérez-vous qu'il est difficile de passer une journée sans « joint » ?
5. Manquez-vous d'énergie pour faire les choses que vous faisiez habituellement ?
6. Vous êtes-vous déjà senti préoccupé par les effets de votre usage de cannabis ?
7. Avez-vous plus de difficultés à étudier, à intégrer des informations nouvelles ?
8. Avez-vous déjà essayé sans succès de diminuer ou d'arrêter votre usage de cannabis ?
9. Aimez-vous « planer », « être défoncé(e) », « être stoned » dès le matin ?
10. Êtes-vous de plus en plus souvent « défoncé(e) » ?
11. Avez-vous ressenti une envie très forte de consommer, des maux de tête, de l'irritabilité ou des difficultés de concentration quand vous diminuez ou arrêtez l'usage du cannabis ?

Trois réponses affirmatives indiquent un usage problématique de cannabis.

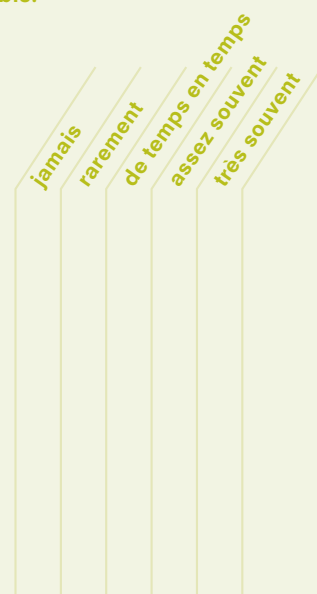
Questionnaire Cast de l'OFDT utilisé dans l'enquête Adotecno et dans l'enquête Escapad

Une seule croix par ligne

1. Avez-vous déjà fumé du cannabis avant midi ?
2. Avez-vous déjà fumé du cannabis lorsque vous étiez seul(e) ?
3. Avez-vous déjà eu des problèmes de mémoire à cause de votre consommation de cannabis ?
4. Des amis ou des membres de votre famille vous ont ils déjà dit que vous devriez réduire votre consommation de cannabis ?
5. Avez-vous déjà essayé de réduire ou d'arrêter votre consommation de cannabis sans y arriver ?
6. Avez-vous déjà eu des problèmes à cause de votre consommation de cannabis (dispute, bagarre, accident, crise d'angoisse, mauvais résultat à l'école...) ?

Lesquels :

Le score retenu comme critère de l'usage problématique n'est pas encore défini.



qui est déjà présent dans l'enquête Escapad depuis 2002.

Ces tests sont remplis à la suite d'un questionnaire portant sur les consommations de substances psychoactives et avant un questionnaire permettant la détermination d'un profil psychologique des jeunes, traduction du Posit (Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers), ce qui permettra une mesure du lien entre usage de substances psychoactives et problèmes psychologiques. Une étude de faisabilité présentant des résultats préliminaires sur 200 collégiens sera publiée prochainement ³¹.

À terme, Adotecno doit permettre de fournir des outils de dépistage valides en population générale et en situation clinique. Son travail consiste d'abord en une enquête épidémiologique auprès de 1 800 collégiens, lycéens et étudiants du supérieur. Celle-ci permettra de progresser sur la mesure de l'ampleur de l'usage à problème du cannabis. Le second volet de cette étude doit permettre la validation clinique de l'utilisation des questionnaires auprès de files actives de patients consultant en psychiatrie. Pour ce faire, un logiciel conçu et produit à l'OFDT permet la gestion de l'enquête et la constitution d'une base de données interrogeable lors des consultations de psychiatrie ou d'addictologie. Les premiers résultats épidémiologiques sont attendus pour le début de l'année 2004, le résultat de la validation clinique pour la mi-2004. - **François Beck, Stéphane Legleye, Ivana Obradovic**

28 - DEPIstage de consommation problématique d'alcool et de drogues chez les ADOLescents et les adolescentes

29 - Knight JR, Shrier LA, Bravender TD, Farfell M, Bilt JV, Schaffer HJ
A new brief screen for adolescent substance abuse, Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine 153 : 591-596 (1999)

30 - Alac
Guidelines for Alcohol and Drug Assessment: A review of alcohol and drug screening, diagnostic and evaluation instruments, Wellington, Alcohol Advisory Council of New Zealand (1996)

31 - Karila L, Legleye S, Beck F, Donnadieu S, Corruble E, Reynaud M
Consommations nocives de produits psychoactifs ; résultats préliminaires de l'étude Adotecno, Alcoolologie et addictologie, à paraître (2004)