Evaluation de la perception et de la prévalence de la consommation de cannabis en médecine générale. Résultats d'une enquête réalisée auprès de patients consultants en médecine générale en Meurthe-et-Moselle

Julie Debard Bercand

▶ **To cite this version:**

Julie Debard Bercand. Evaluation de la perception et de la prévalence de la consommation de cannabis en médecine générale. Résultats d'une enquête réalisée auprès de patients consultants en médecine générale en Meurthe-et-Moselle. Sciences du Vivant [q-bio]. 2015. hal-01731844

HAL Id: hal-01731844

https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01731844

Submitted on 14 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

UNIVERSITÉ DE LORRAINE **FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY**
2015 **N° 6727**

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

le 8 Janvier 2015

par

Julie DEBARD épouse BERCAND

TITRE :

ÉVALUATION DE LA PERCEPTION ET DE LA PRÉVALENCE DE LA CONSOMMATION DE CANNABIS EN MÉDECINE GÉNÉRALE. RÉSULTATS D'UNE ENQUÊTE RÉALISÉE AUPRÈS DE PATIENTS CONSULTANTS EN MÉDECINE GÉNÉRALE EN MEURTHE-ET-MOSELLE.

Examinateurs de la thèse :

M. le Professeur R. SCHWAN	Président et Juge
M. le Professeur F. PAILLE	Juge
M. le Professeur J-M. BOIVIN	Juge
M. le Professeur P. DI PATRIZIO	Directeur et Juge

UNIVERSITÉ DE LORRAINE **FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY**
2015 **N° 6727**

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

le 8 Janvier 2015

par

Julie DEBARD épouse BERCAND

TITRE :

ÉVALUATION DE LA PERCEPTION ET DE LA PRÉVALENCE DE LA CONSOMMATION DE CANNABIS EN MÉDECINE GÉNÉRALE. RÉSULTATS D'UNE ENQUÊTE RÉALISÉE AUPRÈS DE PATIENTS CONSULTANTS EN MÉDECINE GÉNÉRALE EN MEURTHE-ET-MOSELLE.

Examinateurs de la thèse :

M. le Professeur R. SCHWAN	Président et Juge
M. le Professeur F. PAILLE	Juge
M. le Professeur J-M. BOIVIN	Juge
M. le Professeur P. DI PATRIZIO	Directeur et Juge

Président de l'Université de Lorraine : Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice-Doyen « Finances » : Professeur Marc BRAUN
Vice-Doyen « Formation permanente » : Professeur Hervé VESPIGNANI
Vice-Doyen « Vie étudiante » : M. Pierre-Olivier BRICE

Assesseurs :

- 1er Cycle et délégué FMN Paces :	**Docteur Mathias POUSSEL**
- 2ème Cycle :	**Mme la Professeure Marie-Reine LOSSER**
- 3ème Cycle : « *DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques* »	**Professeur Marc DEBOUVERIE**
« *DES Spécialité Médecine Générale* »	**Professeur Associé Paolo DI PATRIZIO**
« Gestion DU – DIU »	**Mme la Professeure I. CHARY VALKENAERE**
- Plan campus :	**Professeur Bruno LEHEUP**
- Ecole de chirurgie et nouvelles pédagogies :	**Professeur Laurent BRESLER**
- Recherche :	**Professeur Didier MAINARD**
- Relations Internationales :	**Professeur Jacques HUBERT**
- Mono appartenants, filières professionnalisantes :	**Docteur Christophe NEMOS**
- Vie Universitaire et Commission vie Facultaire :	**Docteur Stéphane ZUILY**
- Affaires juridiques, modernisation et gestions partenaires externes:	**Mme la Docteure Frédérique CLAUDOT**
- Réingénierie professions paramédicales :	**Mme la Professeure Annick BARBAUD**

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER

==========

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND
Pierre BEY - Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY
Michel BOULANGE - Jean-Louis BOUTROY - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL
Claude CHARDOT - François CHERRIER - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE
Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE
Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD
Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Claude HURIET - Christian JANOT
Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE
Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ
Michel MANCIAUX - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Denise MONERET-VAUTRIN
Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS
Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL
Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER – Denis REGENT - Michel RENARD
Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER
Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT
Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT - Paul VERT - Colette VIDAILHET
Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

==========

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Gérard BARROCHE - Professeur Pierre BEY
Professeur Patrick BOISSEL - Professeur Michel BOULANGE – Professeur Jean-Louis BOUTROY
Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE
Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeure Simone GILGENKRANTZ

Professeure Michèle KESSLER - Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS
Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON - Professeur Michel SCHMITT
Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Michel STRICKER - Professeur Hubert UFFHOLTZ
Professeur Paul VERT - Professeure Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET
Professeur Michel WAYOFF

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : ***(Anatomie)***
Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Marc BRAUN
2ème sous-section : ***(Cytologie et histologie)***
Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Christo CHRISTOV
3ème sous-section : ***(Anatomie et cytologie pathologiques)***
Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1ère sous-section : ***(Biophysique et médecine nucléaire)***
Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER
2ème sous-section : ***(Radiologie et imagerie médecine)***
Professeur Michel CLAUDON – Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT
Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER
Professeur René ANXIONNAT

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1ère sous-section : ***(Biochimie et biologie moléculaire)***
Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR
2ème sous-section : ***(Physiologie)***
Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUEL – Professeur Christian BEYAERT
3ème sous-section : ***(Biologie Cellulaire)***
Professeur Ali DALLOUL
4ème sous-section : ***(Nutrition)***
Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1ère sous-section : ***(Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)***
Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER
2ème sous-section : ***(Parasitologie et Mycologie)***
Professeure Marie MACHOUART
3ème sous-section : ***(Maladies infectieuses ; maladies tropicales)***
Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1ère sous-section : ***(Épidémiologie, économie de la santé et prévention)***
Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN
Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA
2ème sous-section : ***(Médecine et santé au travail)***
Professeur Christophe PARIS
3ème sous-section : ***(Médecine légale et droit de la santé)***
Professeur Henry COUDANE
4ème sous-section : ***(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)***
Professeur François KOHLER – Professeure Eliane ALBUISSON

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1ère sous-section : ***(Hématologie ; transfusion)***
Professeur Pierre FEUGIER
2ème sous-section : ***(Cancérologie ; radiothérapie)***
Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY - Professeur Didier PEIFFERT
Professeur Frédéric MARCHAL
3ème sous-section : ***(Immunologie)***
Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT
4ème sous-section : ***(Génétique)***
Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1ère sous-section : ***(Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence)***
Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Gérard AUDIBERT
Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeure Marie-Reine LOSSER
2ème sous-section : ***(Réanimation ; médecine d'urgence)***
Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Bruno LÉVY
Professeur Sébastien GIBOT
3ème sous-section : ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)***
Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET
4ème sous-section : ***(Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)***
Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1ère sous-section : ***(Neurologie)***
Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE
Professeur Luc TAILLANDIER - Professeur Louis MAILLARD
2ème sous-section : ***(Neurochirurgie)***
Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN
Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS
3ème sous-section : ***(Psychiatrie d'adultes ; addictologie)***
Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN
4ème sous-section : ***(Pédopsychiatrie ; addictologie)***
Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH
5ème sous-section : ***(Médecine physique et de réadaptation)***
Professeur Jean PAYSANT

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1ère sous-section : ***(Rhumatologie)***
Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE
2ème sous-section : ***(Chirurgie orthopédique et traumatologique)***
Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX
Professeur Laurent GALOIS
3ème sous-section : ***(Dermato-vénéréologie)***
Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeure Annick BARBAUD
4ème sous-section : ***(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)***
Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1ère sous-section : ***(Pneumologie ; addictologie)***
Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT
2ème sous-section : ***(Cardiologie)***
Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE
Professeur Nicolas SADOUL - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET
3ème sous-section : ***(Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)***
Professeur Jean-Pierre VILLEMOT – Professeur Thierry FOLLIGUET
4ème sous-section : ***(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)***
Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1ère sous-section : ***(Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)***
Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET
3ème sous-section : ***(Néphrologie)***
Professeure Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT
4ème sous-section : ***(Urologie)***
Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET CHIRURGIE GÉNÉRALE

1ère sous-section : ***(Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)***
Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY - Professeur Athanase BENETOS
Professeure Gisèle KANNY – Professeure Christine PERRET-GUILLAUME
2ème sous-section : ***(Chirurgie générale)***
Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1ère sous-section : ***(Pédiatrie)***
Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET
Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO – Professeure Rachel VIEUX
2ème sous-section : ***(Chirurgie infantile)***
Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE
3ème sous-section : ***(Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)***
Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Olivier MOREL
4ème sous-section : ***(Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)***
Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1ère sous-section : ***(Oto-rhino-laryngologie)***
Professeur Roger JANKOWSKI – Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER
2ème sous-section : ***(Ophtalmologie)***
Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeure Karine ANGIOI

3ème sous-section : ***(Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)***
Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeure Muriel BRIX
==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61ème Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : ***(Anatomie)***
Docteur Bruno GRIGNON – Docteure Manuela PEREZ
2ème sous-section : ***(Cytologie et histologie)***
Docteur Edouard BARRAT - Docteure Françoise TOUATI – Docteure Chantal KOHLER
3ème sous-section : ***(Anatomie et cytologie pathologiques)***
Docteure Aude MARCHAL – Docteur Guillaume GAUCHOTTE

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1ère sous-section : ***(Biophysique et médecine nucléaire)***
Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE
2ème sous-section : (Radiologie et imagerie médecine)
Docteur Damien MANDRY

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1ère sous-section : ***(Biochimie et biologie moléculaire)***
Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN
Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA
2ème sous-section : ***(Physiologie)***
Docteur Mathias POUSSEL – Docteure Silvia VARECHOVA

3ème sous-section : ***(Biologie Cellulaire)***
Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1ère sous-section : ***(Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)***
Docteure Véronique VENARD – Docteure Hélène JEULIN – Docteure Corentine ALAUZET
3ème sous-section : ***(Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales)***
Docteure Sandrine HENARD

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1ère sous-section : ***(Epidémiologie, économie de la santé et prévention)***
Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteure Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN
2ème sous-section ***(Médecine et Santé au Travail)***
Docteure Isabelle THAON

3ème sous-section *(Médecine légale et droit de la santé)*

Docteur Laurent MARTRILLE
4ère sous-section : ***(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication***
Docteur Nicolas JAY

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

2ème sous-section : ***(Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)***
Docteure Lina BOLOTINE
4ème sous-section : ***(Génétique)***
Docteur Christophe PHILIPPE – Docteure Céline BONNET

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

3ème sous-section : ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)***
Docteure Françoise LAPICQUE – Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1ère sous-section : ***(Rhumatologie)***
Docteure Anne-Christine RAT
3ème sous-section : ***(Dermato-vénéréologie)***
Docteure Anne-Claire BURSZTEJN
4ème sous-section : ***(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)***
Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3ème sous-section : ***(Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)***
Docteur Fabrice VANHUYSE
4ème sous-section : ***(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)***
Docteur Stéphane ZUILY

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1ère sous-section : ***(Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)***
Docteure Laure JOLY

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

5ème sous-section : ***(Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)***
Docteur Jean-Louis CORDONNIER

==========

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteure Elisabeth STEYER

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5ème Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES
Monsieur Vincent LHUILLIER

19ème Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE
Madame Joëlle KIVITS

60ème Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL
Monsieur Alain DURAND

61ème Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Monsieur Jean REBSTOCK

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Madame Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Monsieur Nick RAMALANJAONA

65ème Section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE
Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA - Madame Nathalie MERCIER – Madame Céline HUSELSTEIN

66ème Section : PHYSIOLOGIE
Monsieur Nguyen TRAN

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale
Docteure Sophie SIEGRIST - Docteur Arnaud MASSON - Docteur Pascal BOUCHE

==========

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würtzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Raymund SCHWAN,

Professeur de Psychiatrie d'Adultes et d'Addictologie,

Vous me faites l'honneur de présider cette thèse, veuillez trouver dans ce travail le témoignage de ma profonde reconnaissance.

Votre regard et vos conseils sur ce sujet de thèse m'ont été très précieux et je vous en remercie sincèrement.

A Monsieur le Professeur François PAILLE,

Professeur d'Addictologie,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail et je vous en suis sincèrement reconnaissante.

Je vous remercie également de m'avoir accueillie dans votre service lors de mon premier stage d'interne et dont j'en garde un très bon souvenir.

A Monsieur le Professeur Jean-Marc BOIVIN,

Professeur des Universités de Médecine Générale,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail, recevez mes sincères remerciements et l'expression de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Paolo DI-PATRIZIO,

Professeur associé de Médecine Générale,

Vous m'avez fait l'honneur de diriger cette thèse et je vous en remercie très sincèrement.

J'ai su apprécier votre soutien et vos précieux conseils durant la réalisation de ce travail.

Je vous remercie également pour vos enseignements dispensés avec passion durant les six mois passés dans votre cabinet.

A Madame Laetitia Minary,

Epidémiologiste du Service d'Epidémiologie et Evaluation Cliniques du CHU de Nancy,

Je tiens à vous remercier pour votre aide contribuée à la partie méthodologique de mon travail.

A tous les Médecins Généralistes,

Je tiens à remercier les médecins libéraux qui ont porté attention et confiance à mon travail.

Sans vous, ce travail n'aurait pu aboutir et je vous suis particulièrement reconnaissante d'avoir participé à la distribution de mon questionnaire.

A ma famille,

A mon mari Thibaut,

Je te remercie de m'avoir toujours soutenue avec amour et patience dans la voie que j'ai choisie.

Ce travail n'aurait pu se faire sans tes encouragements et ton aide.

A mes enfants Joseph et Célestin,

Merci pour vos sourires qui ont été la source de mes motivations.

A mes parents,

Je vous remercie infiniment pour toute votre aide et surtout votre soutien indéfectible durant ces longues années d'étude.

A ma sœur,

Pour ta disponibilité à me guider en cas de doute et pour ta confiance, je te remercie sincèrement.

A toute ma famille et belle famille,

Je vous remercie pour tous vos encouragements et votre compréhension.

A tous mes amis et surtout amies, qui ont toujours été à mes côtés malgré la distance.

SERMENT

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.
Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION. 20

PREMIÈRE PARTIE : ÉTAT DES LIEUX DU CANNABIS. 22

A. Rappels de définitions. 22
1) Les produits psychoactifs ou les substances psychoactives. 22
2) Les différents usages de substances psychoactives. 22
3) Les différents niveaux d'usage. 23

B. Epidémiologie. 23
1) La consommation de cannabis en Europe. 23
2) La consommation de cannabis en France. 24
   a) La consommation de cannabis en fonction de l'âge et du sexe. 24
   b) La consommation de cannabis en fonction de la géographie. 24
   c) La consommation de cannabis en fonction du milieu social et des facteurs associés. 25
      1. Des disparités importantes suivant le statut d'activité. 25
      2. Les plus diplômés sont moins souvent consommateurs réguliers. 26
      3. De faibles différences entre les catégories d'actifs occupés. 26
      4. A l'adolescence : des usages liés à la sociabilité et moins au milieu social. 27

C. Quelques rappels sur les aspects législatifs du cannabis. 27
1) En Europe. 27
2) En France. 28

D. Les conséquences sanitaires et sociales liées à l'usage de cannabis. 30
1) Les conséquences sur la morbidité et la mortalité. 30
   a) Les accidents de la route. 30
   b) Les risques somatiques. 30
      1. Les risques aigus. 30
      2. Les risques liés à un usage chronique. 31
   c) Les effets psychotropes du cannabis. 34
      1. Usage occasionnel. 34
      2. Usage fréquent et prolongé. 35
      3. Effets de la consommation de cannabis sur des pathologies psychiatriques confirmées. 36

2) Un nombre croissant de prises en charge dans les centres de soins. 37
3) Les conséquences sociales. 37

E. Repérage des usages problématiques. 38

F. Perceptions et opinions des Français sur le cannabis. 39
1) Le cannabis : première drogue citée spontanément. 39
2) Perception de la dangerosité. 39
3) Appréciations sur le pouvoir addictif. 40
4) Des usagers souvent jugés dangereux par leur entourage. 40
5) Les opinions des Français sur les politiques publiques. 41

DEUXIÈME PARTIE : ÉVALUATION DE LA PERCEPTION ET DE LA PRÉVALENCE DE LA CONSOMMATION DE CANNABIS EN MÉDECINE GÉNÉRALE. ENQUÊTE RÉALISÉE AUPRÈS DE PATIENTS CONSULTANTS EN MÉDECINE GÉNÉRALE EN MEURTHE-ET-MOSELLE. 42

A. Méthodologie. 42
1) Objectifs de l'étude. 42
2) Elaboration et validation du questionnaire. 42
a) Revue de la littérature pour l'élaboration du questionnaire. 42
b) Description et construction du questionnaire. 42
c) Caractéristiques de la population et mode de recrutement. 43
d) Pré-test du questionnaire. 43
e) Test du questionnaire et étude de validité. 43
1. Caractéristiques socio-démographiques des patients ayant rempli le questionnaire. 44
2. Tableau récapitulatif de la concordance des questions posées. 45
f) Elaboration du questionnaire final. 46
3) Enquête. 46
a) Schéma, type d'étude. 46
b) Caractéristiques de la population et mode de recrutement. 46
c) Déroulement de l'enquête. 46
d) Recueil des données et exploitation des résultats. 46

B. Résultats et analyses. 47
1) Nombre de questionnaires. 47
2) Caractéristiques socio-démographiques des répondants de l'enquête. 47
a) Le sexe. 47
b) L'âge. 48
c) Les catégories socioprofessionnelles (CSP). 48

3) Analyse univariée. 49
a) Réponses aux questions relatives à la connaissance. 49
1. Réponses à la question n°1. 49
2. Réponses à la question n°2 : théorie de l'escalade. 49
b) Réponses aux questions relatives à la perception et aux opinions. 50
1. Réponses à la question n°3 : perception de la dangerosité. 50
2. Réponses à la question n°4 : perception du pouvoir addictif. 50
3. Réponses à la question n°5 et n°6 : opinions sur les politiques publiques. 50
c) Réponses aux questions relatives à la prévalence de la consommation (question n°7). 50
1. Consommation de cannabis actuelle ou passée. 50
2. Age de la première consommation. 50
3. Les niveaux d'usage. 51
4. Le type d'usage. 51
5. Polyconsommation. 51
6. Usage problématique. 52
4) Analyse bivariée. 52
a) Comparaison de la consommation de cannabis en fonction du sexe. 52
1. Fréquence de la consommation. 52
2. Age de la première consommation. 52
3. Les niveaux d'usage. 53
4. Le type d'usage. 53
5. Polyconsommation. 53
6. Usage problématique. 53
b) Comparaison de la consommation de cannabis en fonction de l'âge. 54
1. Fréquence de la consommation. 54
2. Age de la première consommation. 54
3. Les niveaux d'usage. 55
4. Le type d'usage. 55
5. Polyconsommation. 55
6. Usage problématique. 55
c) Comparaison de la consommation de cannabis en fonction du statut socioprofessionnel. 56
1. Fréquence de la consommation. 56
2. Age de la première consommation. 56
3. Les niveaux d'usage. 56
4. Le type d'usage. 57
5. Polyconsommation. 57
6. Usage problématique. 57
d) Comparaison de la consommation de cannabis en fonction de la connaissance. 57
1. Question n°1. 57
2. Question n°2 : théorie de l'escalade. 57

e) Comparaison de la consommation de cannabis en fonction de la perception et des opinions. 58
1. Perception de la dangerosité. 58
2. Perception du pouvoir addictif. 59
3. Opinions sur les politiques publiques. 60
5) Analyse multivariée. 60
a) Le sexe. 64
b) L'âge. 64
c) Le statut socioprofessionnel. 64
d) La connaissance. 64
1. Question n°1. 64
2. Question n°2 : la théorie de l'escalade. 64
e) La perception. 64
1. Perception et seuil de dangerosité (question n°3). 64
2. Perception et seuil du pouvoir addictif (question n°4). 65
f) Les opinions sur les politiques publiques. 65
1. Opinions sur la légalisation (question n°5). 65
2. Opinions sur la liberté individuelle (question n°6). 65

TROISIÈME PARTIE : DISCUSSION DES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE. DÉTERMINATION DE CARACTÉRISTIQUES D'UNE POPULATION À RISQUE DE CONSOMMATEURS DE CANNABIS. 66

A. Comparaison par rapport aux données de la littérature. 66
1) Perception de la consommation de cannabis. 66
a) La connaissance 66
b) La perception de la dangerosité. 66
c) La perception du pouvoir addictif. 66
d) Opinions sur les politiques publiques. 67
2) Prévalence de la consommation de cannabis. 67

B. Biais et limites de l'étude. 68
1) Nombre de questionnaires obtenu. 68
2) Compréhension du questionnaire de la part des répondants. 68
3) Géographie de la distribution des questionnaires. 68
4) Critères d'inclusion. 68
5) Caractéristiques des répondants de l'enquête. 69
6) Lieu de l'enquête. 69

C. Détermination de caractéristiques d'une population à risque de consommateurs de cannabis/ Perspectives. 69

1) Les caractéristiques et les représentations sociales liées à la consommation de cannabis. 69
    a) Le sexe. 69
    b) L'âge. 69
    c) Le statut socioprofessionnel. 69
    d) La connaissance. 70
    e) La perception de la dangerosité. 70
    f) La perception du pouvoir addictif. 70
    g) Les opinions sur les politiques publiques. 70
2) Les perspectives. 71
    a) Prévention primaire. 72
    b) Prévention secondaire. 72

CONCLUSION 73

BIBLIOGRAPHIE 74

ANNEXES 82

INTRODUCTION

Le cannabis, par sa consommation est devenu un réel problème de société. Les effets sur la santé du cannabis, dont la teneur du principe actif (le THC : tétrahydrocannabinol) est de plus en plus importante, sont mieux connus. L'importance de cette consommation en France est une réalité, affirmée par les différentes enquêtes épidémiologiques effectuées dernièrement. En effet, le cannabis est de loin la drogue illicite la plus consommée en France (avec 13.4 millions de personnes à l'avoir déjà essayé). (1)
Depuis une dizaine d'années, l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) et l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) mesurent les niveaux de diffusion et d'usage des produits psychoactifs grâce à des enquêtes en population générale. Les résultats de ces enquêtes permettent d'actualiser les niveaux d'usage des différentes substances de la population adulte ainsi que les évolutions de consommation. (1)
Afin de mieux appréhender les attitudes observées dans la population française, l'étude des consommations peut être complétée par une mesure des opinions en matière de drogues. Ainsi l'Enquête sur les Représentations, Opinions et Perceptions sur les produits Psychotropes (EROPP), réalisée en 4 étapes (1999, 2002, 2008, 2013), permet de faire le point sur les perceptions et les opinions de la population française sur les drogues licites ou illicites ainsi que sur les actions publiques menées dans ce domaine. (2)

Plusieurs outils de repérage de la dépendance ou de l'usage problématique de cannabis (et principalement des questionnaires) ont été mis en œuvre pour favoriser la prise en charge de l'usage problématique de cannabis au niveau des soins primaires, en France et à l'étranger. Mais le médecin généraliste se doit d'exercer son rôle non seulement de diagnostic et de prise en charge d'une addiction au cannabis mais aussi son rôle essentiel de prévention pour informer les patients des risques et pour enrayer l'augmentation de cette consommation. La dangerosité du cannabis justifie un dépistage précoce de sa consommation.
Le médecin généraliste est probablement le mieux placé pour détecter les patients à risque de consommer du fait des caractéristiques de son activité. Il existe peu de données en matière de dépistage de l'usage de cannabis en Médecine Générale. Il s'avère que l'usage nocif de cannabis est le plus souvent repéré à l'occasion d'une complication ou d'une co-morbidité ce qui suggère qu'un dépistage préalable n'a pas été effectué. Hors la prise en charge précoce des problématiques de consommation est un enjeu fondamental dans lequel les médecins de premier recours pourraient jouer un rôle accru. Le médecin généraliste se retrouve dans une position privilégiée pour favoriser un dialogue sur le sujet et repérer les situations à risque afin de les prévenir.
Dans la littérature, il a été démontré que certains facteurs sont associés à une fréquence élevée de consommation de cannabis (comme par exemple l'âge jeune, le sexe masculin, le milieu social défavorisé, les difficultés familiales ou scolaires…). Hors aucun questionnaire validé permettant de repérer les caractéristiques d'une population à risque de consommateurs de cannabis n'a été retrouvé et peu d'enquêtes ont été réalisées en ce qui concerne la perception de la consommation de cannabis par les patients consultants le médecin généraliste. De plus, les différentes enquêtes réalisées en population générale ont permis de montrer que la proximité de répondant avec le produit influence ses opinions sur les politiques publiques et ses perceptions (sur la dangerosité, sur le pouvoir addictif…) et inversement. Par exemple, un consommateur de cannabis va penser dans la majorité des cas que le cannabis n'est pas dangereux pour la santé ou que l'on ne peut pas en devenir dépendant (ceci par un mécanisme auto-protecteur). De même, celui qui pense que le cannabis n'est pas dangereux pour la santé sera le plus souvent consommateur.

La plupart des études actuelles sur la consommation de cannabis étant réalisées en population générale, il parait alors intéressant d'évaluer la problématique chez les patients consultants le médecin généraliste.

Le but de ce travail est de déterminer les caractéristiques d'une population à risque de consommateurs de cannabis afin de pouvoir intervenir en soins primaires dans le cadre de la prévention primaire et secondaire de façon plus ciblée dans cette population à risque.
Nous avons alors réalisé une enquête auprès de patients consultants en Médecine Générale en Meurthe-et-Moselle à l'aide d'un questionnaire préalablement validé.

Dans une première partie, nous reviendrons sur quelques rappels concernant le cannabis et tenterons de réaliser une revue de la littérature des études et des enquêtes concernant la prévalence et la perception de la consommation de cannabis en population générale.
La deuxième partie sera consacrée à la description du questionnaire, à l'enquête réalisée auprès de patients consultants en Médecine Générale en Meurthe-et-Moselle et à l'exposé de ses résultats.
Enfin, la troisième partie comportera nos différentes interprétations quant aux résultats retrouvés et les perspectives envisagées.

PREMIÈRE PARTIE :
ÉTAT DES LIEUX DU CANNABIS

A. Rappels de définitions.

1) Les produits psychoactifs ou les substances psychoactives.

Les produits psychoactifs comprennent les drogues licites et illicites. Les drogues licites incluent les substances telles que l'alcool, le tabac et les médicaments psychotropes (hypnotiques, anxiolytiques et les antidépresseurs). Les drogues illicites regroupent les produits stupéfiants (sauf lorsqu'ils sont consommés dans un cadre thérapeutique) et certains produits non classés comme stupéfiants mais qui sont détournés de leur usage normal (colles, solvants, certains produits de synthèse, médicaments…). (3)

2) Les différents usages de substances psychoactives.

Les définitions utilisées par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) concernent plus généralement l'usage de substances psychoactives et sont donc valables aussi pour le cannabis :

- L'usage simple est la consommation de substances psychoactives n'entraînant pas de complications somatiques mais pouvant avoir des conséquences pénales ou sociales.
- L'usage nocif est un mode de consommation d'une substance préjudiciable à la santé, aboutissant à des complications somatiques (physiques et psychiques) et caractérisé par l'absence de critères liés à une dépendance à cette substance (CIM 10). Cet usage nocif est également appelé abus de substance dans le DSM 4 et représente un mode d'utilisation inadéquat de cette substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative caractérisée par la présence d'au moins un des items suivants :
  - utilisation répétée de la substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures au travail, à l'école, ou à la maison.
  - utilisation répétée de la substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux (comme lors de la conduite d'une voiture).
  - problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation de la substance.
  - utilisation de la substance malgré les problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance.
- La dépendance à une substance signifie qu'il existe une perturbation importante prolongée du fonctionnement neurobiologique et psychologique d'un individu se traduisant par la présence :

- d’une tolérance à la substance c’est-à-dire de besoins d’une quantité de substance plus importante pour obtenir l’effet désiré ou d’un effet diminué notablement en cas d’utilisation continue d’une même quantité de substance.

- d’un syndrome de sevrage à l’arrêt de la substance, c’est-à-dire l’apparition de manifestations physiques et psychiatriques lors de l’abstinence de prise de cannabis ou inversement la nécessité de prendre de la substance pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

- d’un comportement de compulsions avec prise de substance en plus grande quantité et sur une période plus longue.

- d’une continuité de prise de substance malgré l’apparition de signes physiques ou psychologiques liés à cette substance en toute connaissance de cause par l’usager.

- du temps accru passé à la recherche et l’obtention de la substance au détriment d’activités sociales, professionnelles ou de loisirs. (4)(5)(6)

3) Les différents niveaux d’usage.

Il existe différents niveaux d’usage :

- L’expérimentation : avoir consommé au moins une fois le produit au cours de la vie. Cette notion illustre davantage la diffusion du produit dans une société que de réels niveaux d’usage.

- L’usage dans l’année correspond à une consommation au moins une fois dans l’année.

- L’usage régulier correspond à 10 usages ou plus au cours des 30 derniers jours.

- L’usage quotidien correspond à une consommation renouvelée chaque jour.

- Dans certains cas, les notions d’usage récent (consommation au moins une fois dans les 30 derniers jours) et d’usage répété (au moins 10 usages dans l’année mais moins de 10 dans le mois) sont également utilisées. (3)

B. Epidémiologie.

1) La consommation de cannabis en Europe.

Le cannabis est de loin la substance illicite la plus consommée dans les pays de l’Union européenne. Au sein de la population adulte, l’expérimentation concerne entre 10 et 30 p.100 des individus. La consommation récente (douze derniers mois) concerne principalement les jeunes adultes (15-34 ans) avec une fréquence qui varie selon les pays entre 5 et 18 p.100, la France, le Royaume-Uni et l’Irlande ayant les proportions de consommateurs les plus élevées. Les chiffres des différents pays de l’Union européenne indiquent une hausse du niveau d’expérimentation au cours des années 1990, avec une stabilisation récente dans la plupart des pays. Globalement, la consommation de cannabis est plus expérimentale que durable. (7) (Annexe 1)

Au sein de la population scolaire et parmi les trente pays interrogés dans l'enquête ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Others Drugs), l'usage de cannabis des élèves français de 16 ans (expérimentation comme usage répété) arrive en tête, pour les garçons comme pour les filles. Seuls le Royaume-Uni et la République tchèque se situent au même niveau. (8) (9)

2) La consommation de cannabis en France.

Parmi les drogues illicites, le cannabis reste de très loin la substance la plus consommée, avec 13,4 millions de personnes à l'avoir déjà essayé. Son usage régulier concerne plus de un million de personnes en France. (10) (11) (12) (Annexe 2)
La consommation de cannabis varie selon l'âge, le sexe, la géographie, le milieu social et certains facteurs associés.

a) La consommation de cannabis en fonction de l'âge et du sexe.

En 2010, parmi les adultes âgés de 18 à 64 ans, environ un tiers (33%) déclare en avoir déjà consommé au cours de leur vie. Cette expérimentation est davantage le fait des hommes que des femmes (41% contre 25%). L'usage actuel concerne 8 % des 18-64 ans (11% des hommes et 5% des femmes), tandis que la proportion d'usagers au cours du mois atteint globalement 4%. Ces usages touchent particulièrement les jeunes générations : 18% des garçons et 9% des filles de 18-25 ans sont des usagers récents, 9% et 4% respectivement sont des usagers réguliers.
Même si l'expérimentation est passée de 29% à 33% pour l'ensemble des tranches d'âge entre 2005 et 2010, la consommation régulière de cannabis s'avère stable. (13) (Annexe 3)
En effet, la légère hausse observée est mécanique, liée à un effet de ‹‹stock›› des générations anciennes de fumeurs, dans la mesure où les autres formes d'usage apparaissent stables. La proportion d'individus ayant expérimenté le cannabis est maximale entre 26 et 34 ans chez les hommes (64%), et diminue ensuite pour atteindre 13% entre 55 et 64 ans. Chez les femmes, la proportion d'expérimentatrices de cannabis se situe autour de 40% entre 18 et 34 ans pour diminuer à 7% entre 55 et 64 ans. La consommation actuelle de cannabis concerne surtout les plus jeunes (23% pour les 18-25 ans), elle diminue ensuite avec l'âge et est quasiment nulle à 55-64 ans. (14) (Annexe 4)

Après une période de baisse entamée en 2002, l'expérimentation du cannabis à 17 ans se stabilise sur la période 2008-2011.
En revanche, l'usage régulier fléchit et concerne 6,5 % des jeunes de 17 ans contre 7,3 % en 2008, les garçons plus souvent que les filles (9,5 % contre 3,4 %). On estime que 5 % des jeunes de 17 ans présentent un risque d'usage problématique ou de dépendance. (10)

b) La consommation de cannabis en fonction de la géographie.

À l'adolescence, les usages de cannabis au cours de l'année sont plus répandus dans l'ouest et en particulier en Bretagne que dans le reste de la France, mais certaines régions du sud, comme Midi-Pyrénées et Provence-Alpes-Côte d'Azur présentent également une diffusion plus élevée que la moyenne. À l'inverse, les régions les moins consommatrices se situent au nord du pays, du Nord-Pas-de-Calais jusqu'au Centre, groupe auquel il faut adjoindre l'Alsace. En population adulte, l'image est très différente : si le nord du pays apparaît également sous-consommateur par rapport au reste du pays, l'ouest ne se distingue plus.

De même, l'Ile-de-France se singularise par une prévalence plus élevée que le reste du pays (alors que les adolescents de la région sont sous-consommateurs), aux côtés de Provence-Alpes-Côte d'Azur. Alors que les deux sources de production principales de cannabis pour l'Europe, et la France en particulier, sont le Maroc et les Pays-Bas, ces deux cartes soulignent l'inexistence apparente de gradient de consommation en direction de ces pays. Le sud comme le nord-est, *a priori* proches de ces zones d'approvisionnement, ne présentent pas, en effet, de diffusions supérieures au centre de la France. Il existe ainsi de réelles spécificités régionales et des différences générationnelles importantes au sein des régions en ce qui concerne l'usage de cannabis. (15) (Annexe 5)

c) La consommation de cannabis en fonction du milieu social et des facteurs associés.

La consommation de cannabis concerne, globalement, tous les milieux sociaux, même si certaines accentuations peuvent être relevées. Les personnes sans emploi, ou avec un cursus scolaire court ou difficile, sont relativement plus nombreuses à consommer du cannabis. Les personnes ayant un niveau scolaire élevé sont plus nombreuses à avoir expérimenté le cannabis, mais moins nombreuses à en consommer régulièrement que celles ayant un niveau scolaire moins élevé. Les liens entre facteurs socio-économiques et consommation sont complexes. Le contrôle de certaines interactions entre ces facteurs amène parfois à infirmer des idées reçues telles que la surconsommation des étudiants ou celle des milieux populaires ou défavorisés. (16)

Les principaux facteurs associés à une fréquence élevée des consommations chez les jeunes sont les difficultés familiales ou scolaires, les troubles du comportement, les signes de malaises psychologiques, l'intensité de la sociabilité et la consommation d'autres produits psychoactifs licites. (16) (17) (18)

Voici quelques points importants :

1. Des disparités importantes suivant le statut d'activité.

L'annexe 6 décrit la répartition globale des usages au sein de la population, suivant le statut scolaire et professionnel des personnes interrogées.
Les usages apparaissent ainsi particulièrement faibles parmi les inactifs, catégorie composée majoritairement de retraités, tandis que c'est parmi les élèves et les étudiants qu'ils se trouvent les plus répandus. Les niveaux de consommation des chômeurs s'avèrent relativement proches de ceux des élèves et des étudiants pour l'expérimentation, mais nettement moins élevés pour les usages fréquents.
Parmi les actifs occupés, les écarts sont plus faibles, mais il est possible de distinguer grossièrement trois groupes de professions et catégories sociales (PCS) : les agriculteurs exploitants d'un côté, largement sous-consommateurs, les artisans, commerçants et chefs d'entreprise, ainsi que les ouvriers de l'autre, nettement surconsommateurs, tandis que les cadres et les professions intermédiaires présentent une consommation proche de la moyenne.
On peut en déduire que la consommation de cannabis est abandonnée par une majorité d'individus au moment de l'entrée dans le monde du travail, mais que le chômage peut constituer une circonstance de relatif maintien dans cette pratique.
Ces résultats globaux s'expliquent en large partie par les différences d'âge, de sexe, de situation familiale, etc. qui distinguent ces catégories de personnes.
Pour démêler ces facteurs de confusion et comparer les catégories « toutes choses égales par ailleurs » afin de vérifier s'il persiste un effet de l'appartenance à une catégorie donnée non réductible au sexe, à l'âge, etc., il importe de procéder à des analyses différentes.

L'annexe 7 résume ainsi les résultats de régressions logistiques contrôlant les principales caractéristiques sociodémographiques associées aux usages parmi les 15-34 ans. En comparaison des actifs occupés, les élèves et les étudiants apparaissent légèrement sous-expérimentateurs, mais leurs usages plus récents ne se distinguent pas. Une analyse plus fine montre également que les étudiants du supérieur, contrairement à une idée répandue, ne se montrent pas plus souvent consommateurs que les actifs occupés du même âge. (19)
Enfin, les chômeurs sont nettement surconsommateurs, toutes choses égales par ailleurs.

2. Les plus diplômés sont moins souvent consommateurs réguliers.

Le niveau de formation scolaire est également un facteur de clivage important. Ainsi, toutes choses égales par ailleurs, les modèles logistiques contrôlant la situation scolaire et professionnelle permettent de montrer que la possession d'un diplôme de niveau bac est globalement un facteur associé à l'expérimentation, comme à l'usage dans l'année ou le mois.
En revanche, elle est associée à une diminution de l'usage régulier de cannabis : la proportion d'usagers réguliers parmi les possesseurs d'un diplôme de l'enseignement supérieur est de plus de 30 % inférieure à celle mesurée parmi ceux qui se sont arrêtés avant le bac.
Ce dernier point pourrait s'expliquer par une perception accrue des dangers du produit ou une attention supérieure portée à sa santé, avec l'élévation du niveau d'instruction. (20)
Un meilleur niveau d'instruction autoriserait l'expérimentation et ne freinerait pas l'usage actuel mais « protégerait » du basculement vers une consommation régulière et vers un usage problématique. Il s'agirait alors d'un résultat comparable à celui retrouvé pour le tabac, moins souvent fumé parmi les personnes dont la position sociale est élevée. Toutefois, parallèlement au statut professionnel, d'autres facteurs sociaux (plus grande sociabilité, environnement familial…) pourraient également entrer en ligne de compte.

3. De faibles différences entre les catégories d'actifs occupés.

Le même genre d'analyse peut être opéré parmi les actifs occupés, afin de vérifier si les différences apparentes entre les niveaux de consommation de certaines professions et catégories sociales (tout comme l'apparente similarité entre autres) sont réductibles à des caractéristiques démographiques plutôt qu'à l'exercice d'un type de métier plutôt qu'un autre. Or, dans ce cas, les analyses logistiques confirment que les différences entre PCS sont faibles. Toutes choses égales par ailleurs, il persiste des écarts pour l'expérimentation avec notamment une surconsommation des cadres, des artisans et des commerçants ainsi que des professions intermédiaires comparativement aux ouvriers et, à l'inverse, une sous-expérimentation des agriculteurs exploitants. Pour les usages plus récents, comme l'usage au cours de l'année, seuls les agriculteurs et les employés paraissent sous-consommateurs, tandis que, pour l'usage régulier, c'est uniquement le cas pour les cadres. Ainsi, le cannabis est bien diffusé de manière relativement homogène dans le monde du travail. Un examen de détail révèle toutefois qu'il existe des différences au sein d'une catégorie donnée, suivant le type de métier : il semblerait que la PCS gomme certains particularismes observés à un niveau plus fin. (19)

4. A l'adolescence : des usages liés à la sociabilité et moins au milieu social.

Comme au sein de la population adulte, certaines caractéristiques sociales (scolaires et familiales) permettent de différencier les comportements. Ainsi les usages sont plus répandus parmi les jeunes qui se sont orientés vers une filière scolaire courte ou professionnelle, et davantage encore parmi les jeunes sortis du système scolaire. (Annexe 8)
Toutefois, l'intensité de la sociabilité et des contacts amicaux clive les usages encore bien plus nettement que le parcours scolaire : la proportion d'usagers au cours du mois triple avec la fréquence des sorties dans les bars (d'aucune sortie au cours des douze derniers mois à des sorties presque quotidiennes) et elle est même multipliée par six en fonction des soirées chez soi ou chez des amis. (Annexe 9)
Par comparaison, le milieu social familial semble n'être que très peu associé à la fréquence d'usage : l'expérimentation est certes plus répétée avec l'élévation de la profession et la catégorie sociale des parents, mais les usages plus fréquents, comme l'usage régulier, sont tout à fait similaires dans ces segments de population. (Annexe 10)
Ces résultats contredisent néanmoins l'idée répandue que le cannabis, en tant que drogue illicite, serait plus consommé dans les milieux populaires ou défavorisés. Ils confirment que, dès l'adolescence, il est répandu dans tous les milieux. Notons que d'autres facteurs, comme le fait de vivre au sein de foyer parental ou l'union des parents jouent également un rôle, notamment en raison des possibilités de surveillance formelle ou informelle que ces situations autorisent. (19) (20)

C. Quelques rappels sur les aspects législatifs du cannabis.

1) En Europe.

Deux conventions internationales exercent une contrainte sur l'évolution des législations nationales européennes : la Convention unique sur les stupéfiants de 1961 et la Convention de 1988 contre le trafic illicite de produits stupéfiants et de substances psychotropes. Ratifiées par l'ensemble des États de l'Union Européenne (UE), ces conventions leur imposent d'incriminer la production, le trafic, la cession et la détention de stupéfiants (qui peut être entendue comme la détention destinée au trafic). Cependant, l'obligation d'incriminer directement l'usage n'est prévue par aucune norme de droit international (Cesoni, 2000), ce qui laisse une marge de manœuvre aux États-membres en matière de réglementation nationale de la consommation.

Les options adoptées en matière d'incrimination de l'usage de cannabis et des « actes préparatoires de l'usage » varient selon les pays. En accord avec les conventions internationales, l'usage de stupéfiants n'est explicitement autorisé dans aucun pays européen mais il n'est pas pour autant interdit par la loi dans tous les pays de l'UE. Certaines législations en vigueur prévoient l'incrimination directe de la consommation de stupéfiants, d'autres une incrimination indirecte (via la détention pour usage personnel). En outre, certains pays distinguent le cannabis des autres stupéfiants dans leur régime d'incrimination, tandis que d'autres n'effectuent aucune différenciation entre les stupéfiants. Cependant, aucun pays de l'UE n'a légalisé le cannabis en tant que produit (en légalisant sa production et sa distribution) et aucun ne le pourrait, en l'état des conventions internationales.

Au sein de l'Union Européenne des 28, on distingue trois groupes de pays suivant le régime d'incrimination de l'usage de cannabis :

- L'usage de cannabis en tant que tel constitue une infraction pénale dans 5 pays de l'UE : France, Grèce, Suède, Finlande, Chypre.

- L'usage de cannabis en tant que tel constitue une infraction administrative dans 8 pays de l'UE : Portugal, Espagne (usage dans les lieux publics), Luxembourg, Bulgarie, Estonie, Lettonie, Lituanie, Croatie.

- Dans 15 pays de l'UE, l'usage de cannabis en tant que tel n'est pas interdit par la loi mais la détention de cannabis en petite quantité pour usage personnel constitue une infraction pénale ou administrative : Belgique, Danemark, Pays-Bas, Italie, Allemagne, Autriche, Royaume-Uni, Irlande, Malte, Hongrie, République tchèque, Pologne, Slovaquie, Slovénie et Roumanie (cas particulier où l'usage est prohibé mais aucune peine n'est prévue pour le sanctionner). On peut y ajouter l'Espagne, pour l'usage dans les lieux privés.

Au sein de l'UE des 28, la détention de cannabis constitue une infraction pénale dans la plupart des pays sauf, dans quelques pays, lorsqu'il s'agit de « petites quantités » destinées à l'usage personnel :

- Dans 8 pays de l'UE, la détention de « petites quantités » de cannabis pour usage personnel constitue en effet une infraction administrative : Portugal, Italie (à partir de la 2ème fois où l'infraction est commise), Espagne (si l'infraction est commise en public), République tchèque, Slovénie, Estonie (les deux premières fois), Lettonie (la première fois), Croatie. La sanction applicable varie selon les pays : il peut s'agir d'un avertissement, d'une amende, d'une suspension ou d'un retrait du permis de conduire ou du passeport, de la confiscation du produit, ou encore d'une rétention administrative, hors circonstances aggravantes.

- Parmi les 20 pays de l'UE qui considèrent la détention de « petites quantités » de cannabis pour usage personnel comme une infraction pénale, 7 pays prévoient divers mécanismes juridiques permettant de ne pas la sanctionner : Allemagne, Belgique, Luxembourg, Pays-Bas, Danemark, Pologne (la première fois), Royaume-Uni, ce qui est parfois désigné comme une « dépénalisation de fait ». Certains de ces pays pénalisent cependant l'usage et/ou la détention de tous stupéfiants autres que le cannabis (Luxembourg, Belgique).

Ainsi, au sein de l'UE des 28, 8 pays ne considèrent ni l'usage ni la détention de « petites quantités » de cannabis comme des infractions pénales : Portugal, Espagne (usage dans les lieux publics), Slovénie, Estonie, République tchèque, Italie, Lettonie (la première fois), Croatie. (21)
(Annexe 11)

2) En France.

L'usage de stupéfiants (sans distinction de produits) est, aux termes de la loi du 31 décembre 1970, passible d'une peine maximum d'un an d'emprisonnement et d'une amende de 3 750 euros (article L 3421-1 du Code de la santé publique).

Cette peine peut être portée à 5 ans d'emprisonnement et/ou à une amende de 75 000 euros lorsque l'infraction d'usage a été commise dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions par une personne dépositaire de l'autorité publique ou chargée d'une mission de service public, ou par le personnel (y compris intérimaire) d'une entreprise de transport terrestre, maritime ou aérien, de marchandises ou de voyageurs exerçant des fonctions mettant en cause la sécurité du transport. L'usager encourt également, depuis la loi du 5 mars 2007, à titre de peine complémentaire, l'obligation d'accomplir un stage de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants (article 131-35-1 du code pénal).

Le délit d'usage de stupéfiants étant passible d'une peine privative de liberté, les magistrats peuvent prononcer, à la place de l'emprisonnement, diverses peines privatives ou restrictives de liberté : peines alternatives aux peines de prison, amende, suspension du permis de conduire, confiscation de véhicule appartenant au condamné, interdiction d'exercer une activité professionnelle ou sociale, lorsque les facilités que procure celle-ci ont été sciemment utilisées pour commettre l'infraction, notamment (article 131-6 du code pénal).

S'il est majeur, l'usager peut également se voir proposer diverses mesures alternatives aux poursuites qui, si elles sont exécutées, entraînent l'arrêt des poursuites : paiement volontaire d'une amende de composition d'un maximum de 1 900 euros, exécution d'un travail non rémunéré d'un maximum de 60 heures au profit de la collectivité, remise du permis de conduire au tribunal pour une durée maximale de 4 mois, réalisation d'un stage payant de sensibilisation aux dangers de l'usage de stupéfiants.

Au stade des poursuites par le procureur de la République, un usager, même mineur, peut être enjoint de se soigner, dans le cadre d'une injonction thérapeutique. Les poursuites sont alors suspendues mais si l'usager ne se plie pas à cette injonction, ou s'il est à nouveau interpellé pour usage, le procureur de la République peut décider de le traduire devant le tribunal correctionnel.

Par ailleurs, à tous les stades du processus pénal, les juges peuvent recourir à une mesure d'obligation de soins, qui se distingue de l'injonction thérapeutique par trois aspects : elle est applicable à tous les justiciables (et non pas seulement aux usagers de stupéfiants, comme l'injonction thérapeutique) ; elle est réservée aux personnes présentant un problème de dépendance (drogues illicites ou alcool), quelle que soit l'infraction concernée ; enfin, elle peut être ordonnée par un juge ou par un tribunal.

Le dispositif de sanction de l'usage de stupéfiants a été complété par des circulaires de politique pénale adressées aux parquets qui recommandent de privilégier autant que possible les mesures alternatives aux poursuites et de réserver les poursuites aux récidivistes ou aux usagers qui refusent de se soumettre aux mesures alternatives. En pratique, 70 % des affaires d'usage de stupéfiants traitées par les parquets font l'objet d'une mesure alternative aux poursuites (Obradovic, 2010).

Concernant le cadre spécifique de la sécurité routière, la loi du 3 février 2003 a créé un délit sanctionnant un conducteur dont l'analyse sanguine révèle la présence de stupéfiants. La sanction maximum encourue est de 2 ans d'emprisonnement et 4 500 euros d'amende. La loi du 14 mars 2011 d'orientation et de programmation pour la performance de la sécurité intérieure, dite LOPPSI II, a étendu ces dispositions en autorisant les contrôles systématiques de stupéfiants en bord de route à l'aide de tests salivaires. En outre, en cas d'accident mortel (homicide) ou corporel (blessures involontaires), le véhicule du conducteur en cause sera confisqué si celui-ci est en récidive de conduite sous l'influence de l'alcool ou de stupéfiants. (21)

D. Les conséquences sanitaires et sociales liées à l'usage de cannabis.

1) Les conséquences sur la morbidité et la mortalité.

Des études montrent l'impact de la consommation de cannabis sur la santé dans plusieurs domaines : les accidents de la route, certains cancers, certaines pathologies de l'appareil circulatoire et respiratoire, et certaines pathologies mentales. Les effets peuvent être liés soit au principe actif du cannabis (Δ9-THC) soit aux substances résultant de sa combustion (goudrons). Les produits ajoutés au cannabis de manière intentionnelle (coupe) ou involontaire (contaminants) pourraient plus rarement intervenir dans l'apparition de pathologies.

a) Les accidents de la route.

Les liens entre consommation de cannabis et accidents de la route ont été étudiés dans le cadre de l'enquête SAM (Stupéfiants et Accidents Mortels de la circulation routière).
La comparaison des conducteurs responsables à un groupe de conducteurs non responsables a permis de montrer que les conducteurs sous l'influence du cannabis ont 1,8 fois plus de risque d'être responsables d'un accident mortel que les conducteurs négatifs (IC 95 % = 1,4-2,3), le risque est multiplié par 14 en cas de consommation associée d'alcool (IC 95 % = 8,0-24,7). (22)
Ainsi, la consommation de cannabis peut être jugée responsable de 170 à 190 décès annuels par accidents de la route à la fin des années 2000 (23). L'étude SAM a permis par ailleurs de proposer une estimation de la prévalence du cannabis parmi l'ensemble des conducteurs « circulants » de 2,8 % (chiffre équivalent à celui de l'alcoolémie supérieure ou égale au seuil légal de 0,5g/l). (22) (24)

b) Les risques somatiques.

L'évaluation précise des effets du cannabis sur la santé est problématique pour de multiples raisons : il s'agit d'une substance illégale et dont, par conséquent, la consommation peut être dissimulée par les utilisateurs, sans doute de façon différentielle selon le mode de recueil des données et les personnes auxquelles le médecin ou l'enquêteur s'adressent (personne malade ou en bonne santé, jeune ou plus âgée). Cette substance, au moins en France, est le plus souvent fumée avec du tabac. L'habitude de consommer du cannabis est parfois associée à des modes de vie et à des comportements qui sont susceptibles d'influencer le risque de plusieurs pathologies. Ces difficultés peuvent être la source de discordances apparentes d'une étude à une autre. Néanmoins, il est possible de dresser aujourd'hui un tableau des connaissances sur lequel des politiques de santé publique peuvent s'appuyer.
Le cannabis entraîne des effets aigus consécutifs à une prise du produit et des effets à long terme qui n'apparaîtront le plus souvent qu'après des années d'utilisation chronique. (25)

1. Les risques aigus.

Le cannabis n'est pas décrit comme donnant lieu à surdose. Les risques de mort violente sont liés aux accidents de la route ou aux suicides.

Le cannabis peut aussi jouer un rôle dans le déclenchement d'infarctus du myocarde pouvant conduire au décès, le THC augmentant la fréquence cardiaque et modifiant la tension artérielle après la prise. (26)

Certaines études ont documenté à l'autopsie des taux plus ou moins importants de THC dans le sang (27), ce qui fait considérer que le cannabis fait partie des facteurs déclenchant d'infarctus (28).

Aucune étude épidémiologique n'a, d'après la revue de littérature effectuée, été réalisée sur les accidents vasculaires cérébraux et le cannabis, même s'il y a de multiples cas publiés, y compris chez des adolescents souvent fortement consommateurs. Une explication proposée pour ce risque est une modification de la perfusion cérébrale, mesurée par la vélocité du flux sanguin dans les artères cérébrales antérieures et moyennes qui, d'après les auteurs de l'article, rend comparable celle d'un fumeur de cannabis de 18-30 ans à celle d'un sujet de 60 ans (29).

Une étude expérimentale sur des volontaires sains et jeunes a confirmé le rôle du THC seul ou de la « marijuana » contre placebo dans la survenue de syncope posturale. (30)

Le cannabis est aussi associé dans le cadre de rapports de cas à la survenue de troubles du rythme cardiaque (fibrillations auriculaires paroxystiques, tachycardies ventriculaires, bloc auriculo-ventriculaire) pouvant conduire au décès. (26)

L'ingestion massive de cannabis par le jeune enfant peut conduire à des troubles de la conscience. (31)

2. Les risques liés à un usage chronique.

De très nombreuses pathologies sont décrites comme étant plus fréquentes à la suite d'un usage chronique du cannabis. En fait, le tableau observé pour le cannabis fumé est très proche de celui connu de longue date pour le tabac.

- <u>Risque de cancer.</u>

❖ Cancer broncho-pulmonaire :

Bien que les données soient encore limitées, elles plaident fortement en faveur d'un rôle cancérogène du cannabis pour le poumon. (31) (32) (33)
La presque totalité des cas ou séries de cas publiés ont en commun l'association de l'usage de tabac à celui du cannabis. Néanmoins, des cas ont aussi été décrits chez des fumeurs exclusifs de cannabis. (34)
Particulièrement notable est le jeune âge des patients au moment du diagnostic (souvent moins de 45 ans).
Toutes les études cas-témoins disponibles à ce jour et qui ont été réalisées au Maghreb (Maroc, Tunisie, Algérie) trouvent que l'usage du cannabis multiplie environ par 3 les risques de survenue d'un cancer du poumon après contrôle pour la consommation de tabac, les expositions professionnelles et autres facteurs de confusion. (35) (36) (37)

❖ Cancer des voies aéro-digestives supérieures (VADS) :

Compte tenu des effets connus de la fumée de tabac, l'existence d'un effet cancérigène sur les VADS du cannabis fumé apparaît logique, avec, comme pour le poumon, la possibilité d'une survenue plus précoce que pour le tabac. (38)

❖ Autres cancers de l'adulte :

À l'instar du tabac, le cannabis a été associé dans une étude cas-témoin à un risque de 3,4 pour toute utilisation de cannabis au cours de la vie et de 3,3 pour une utilisation exclusive (sans tabac) de cannabis pour le cancer de la vessie. (39)
Un risque de même grandeur de cancer de la prostate et plus faible de cancer du col utérin a été retrouvé dans une étude de cohorte américaine (40) ainsi, de façon plus récente, qu'un risque de gliome malin de l'adulte. (41)
À l'inverse, une étude réalisée aux États-Unis retrouve un risque diminué de survenue de lymphome non hodgkinien. (42)

- Risque vasculaire.

De nombreux cas d'artérites liés au cannabis ont été publiés. (43)
Il s'agit d'une forme de la maladie de Buerger qui se traduit par la survenue chez des personnes relativement jeunes (avant 45 ans en général) de rétrécissements des vaisseaux des membres supérieurs et inférieurs. L'agent causal n'est pas connu.

- Risque de maladies respiratoires.

Les effets pulmonaires et respiratoires du cannabis sont semblables à ceux du tabac et se traduisent par une toux et expectoration, une inflammation des voies respiratoires et une modification de la croissance des cellules bronchiques pouvant mener à une bronchite chronique ou au cancer. (44) (45) (46) (47)

- Risque de maladies infectieuses.

Le risque de maladies infectieuses est particulièrement délicat à évaluer car il concerne avant tout les maladies sexuellement transmissibles, c'est-à-dire un domaine dans lequel il est extrêmement difficile de séparer le cannabis en tant que marqueur de pratiques sexuelles à risque ou en tant qu'initiateur de ces pratiques par levée de craintes (48) (49) (50) (51) (52) (53) ou encore le cannabis en tant qu'acteur propre de la réponse de l'organisme à l'agent infectieux (54) (55) en particulier chez le sujet immunodéprimé.
La valeur des risques associés à l'utilisation de cannabis est importante, de l'ordre de 3 à 5 pour le virus du papillome humain, lui-même agent du cancer du col utérin (56), pour le *Neisseria gonorrhae* ou *chlamydia* (57) (58) et pour les candidoses. (59) (60)
Le cannabis ne joue pas un rôle dans la progression du stade de séropositivité du Sida. (61) (62)

Il a aussi été suggéré que le cannabis pouvait jouer un rôle dans l'apparition d'infections opportunistes. (54)

L'usage médicinal ou de confort du cannabis par des patients immunodéprimés ou affaiblis (Sida, cancers…) peut notamment être à l'origine de cas d'aspergillose (infection mycosique du poumon), liés à la contamination de la plante avec une issue qui peut être fatale.

Des risques ont aussi été décrits pour la tuberculose pulmonaire (63) avec l'utilisation d'un narghilé commun et pour des foyers de salmonellose (64). Un autre risque évoqué est celui à plus de 5 de progression vers la fibrose en cas d'hépatite C pour les fumeurs quotidiens de cannabis (65), avec aussi des problèmes de dysfonctionnement hépatique (66).

- Troubles de la reproduction et effets sur l'enfant.

De plus en plus d'études sont réalisées dans ce domaine.

❖ Effets hormonaux et sur la conception :

L'usage de cannabis est à l'origine de modifications des sécrétions hormonales, documentées chez l'animal et plus controversées chez l'humain avec néanmoins des effets sur l'équilibre hormonal masculin (67) ou féminin, responsable du bon déroulement de la vie reproductive, y compris dans un cadre expérimental (68) même si cela n'est pas toujours retrouvé. (69) (70)
Comme pour le tabac, des effets anti-oestrogéniques *in vitro* sont décrits. (71)
L'usage du cannabis est associé à un risque augmenté de kystes fonctionnels de l'ovaire (72) mais aussi à un risque d'infertilité pour les femmes ayant consommé du cannabis dans l'année précédant la tentative de conception. (73) (74)
Chez l'homme, la consommation de cannabis est associée *in vitro* pour le Δ9-THC et *in vivo* à une diminution de la concentration du sperme en spermatozoïdes ainsi que de leur mobilité et de leur pouvoir fécondant avec une plus grande fréquence de formes anormales. (75) (76) (77)

❖ Effets sur la grossesse :

Il a été montré que les cannabinoïdes absorbés par la femme enceinte atteignent la circulation sanguine de l'enfant. Les composés dérivés du cannabis (quels que soient leur nature) vont avoir un impact aussi bien sur la mère que sur l'enfant *in utero.* (78)
De nombreuses études ont ainsi montré une diminution du poids, de la taille ou de la durée de la gestation de l'enfant pour une consommation chronique de cannabis par la mère, après prise en compte des autres facteurs de risque (autres consommations et conditions socio-économiques). (79) (80) (81)
Par ailleurs, les accouchements sont plus souvent problématiques, avec un travail plus long et plus difficile, et la présence plus fréquente de méconium teinté (témoin de souffrance fœtale) chez les usagères de cannabis. (82) (83)
D'autres études ont montré un retard de croissance intra-utérin. (84) (85) (86) (87)

❖ Risque de malformations congénitales :

Pour les malformations cardiaques, le risque de ventricule unique est multiplié par 2 environ pour l'utilisation de cannabis par le père (88) de même que le risque de communication inter-ventriculaire en cas de consommation maternelle ou paternelle, l'effet augmentant avec la fréquence d'usage. (89)
Le risque de gastroschisis (défaut de fermeture de la paroi abdominale) est approximativement doublé en cas d'usage par la mère, le père ou les deux de substances psychoactives. (90)

❖ Risque de mortalité et morbidité de l'enfant :

L'exposition au cannabis peut être associée à des pathologies de l'enfant.

La majorité (91) (92) mais pas toutes (93) (94) des données concernant un éventuel accroissement du risque de mort subite du nourrisson sont positives avec un risque aux alentours de 2, mais avec un effet variable selon la période d'exposition (période périconceptionnelle, gestationnelle, postnatale) et la source d'exposition (père ou mère).

Par contre, des anomalies du comportement, en général régressives, ont été observées chez des nouveau-nés de mères usagères chroniques de cannabis pendant la grossesse, mais il est difficile d'isoler le rôle du cannabis de celui d'autres facteurs d'environnement. (31)

L'utilisation par la mère de cannabis pendant la grossesse, mais aussi par le père autour du temps de la conception, a été évoquée comme facteurs de risque de certaines tumeurs de l'enfant. Ainsi, un risque de leucémie aiguë lymphoblastique à 2 a été décrit pour l'utilisation de substance psychoactive (estimée être à 79 % du cannabis) par la mère. (95)
Une autre étude montre un risque de neuroblastome multiplié par 4,8 pour l'usage de cannabis pendant le premier trimestre de grossesse. (96)
De même, le risque d'astrocytome (tumeur du système nerveux central) est décrit à 2,8 (97) et celui de rhabdomyosarcome (tumeur maligne de tissus tels que le muscle) à 3 pour l'utilisation par la mère et 2 par le père. (98)

c) Les effets psychotropes du cannabis.

Les effets neuropsychiques du cannabis fumé apparaissent environ 15 à 20 mn après son inhalation chez un consommateur occasionnel, un peu plus tard chez un usager régulier.

1. Usage occasionnel.

Les signes de l'intoxication aigüe au cannabis sont souvent frustres. Ils varient selon l'usager, le contexte et la quantité de produit consommée. On retrouve de façon théorique lors de l' « ivresse cannabique » :

- Des troubles du cours de la pensée, avec désorientation temporelle, troubles mnésiques, troubles de la vigilance, perturbations de la libido.

- Des altérations sensorielles (vision, ouïe, odorat, goût, schéma corporel), des troubles de l'équilibre et de la coordination des mouvements.

- Des troubles thymiques et dissociatifs, avec euphorie, dysphorie, anxiété, agressivité, dépersonnalisation, hallucinations, délire…

L'évolution est brève et régresse sans séquelles. Les remémorations du vécu oniroïde sont fréquentes chez des sujets imaginatifs. Les manifestations cliniques sont très polymorphes. L'intoxication est inaugurée par un sentiment de bien-être avec euphorie, loquacité, rires inadaptés, ou parfois au contraire, sédation, voire léthargie, manque de mémoire, difficultés à effectuer des opérations mentales complexes, modifications sensorielles, diminution des performances motrices, sentiment subtil de ralentissement de l'écoulement du temps et de modification de la perception des sons : sensations vertigineuses, nausées, bouffées de chaleur peuvent accompagner ces manifestations. Dépersonnalisation et déréalisation peuvent survenir, mais les hallucinations demeurent exceptionnelles.

La décompensation psychotique (rare) liée au cannabis est caractérisée par un syndrome délirant organique, souvent à thème de persécution ; il survient rapidement, avec anxiété, labilité émotionnelle, dépersonnalisation, amnésie et symptomatologie physique fruste (tremblements, incoordination motrice,…). Ces signes s'abolissent souvent en une journée, rarement davantage. Les épisodes de flash-back demeurent très rares et leur corrélation à l'usage isolé de cannabis reste incertaine. Les signes d'intoxication aigüe cèdent rapidement à l'administration d'anxiolytiques, voire de neuroleptiques sédatifs. (99)

2. Usage fréquent et prolongé.

- Action sur la mémoire.

Un usage régulier de cannabis, même sur une courte période, induit des perturbations de la mémoire immédiate, troubles pouvant persister après quelques semaines d'abstinence. Cette conséquence de la consommation de drogue est sans doute potentialisée par l'association fréquente à l'alcool. Elle serait dose-dépendante, et aussi importante que celle décrite avec l'alcool ou les tranquillisants.

- Crise d'angoisse aigüe (attaque de panique).

L'intoxication cannabique semble pouvoir, de façon exceptionnelle, induire des attaques de panique chez des sujets présentant un contexte d'anxiété chronique. Les conditions d'environnement sont déterminantes.

- Syndrome « amotivationnel ».

Le syndrome amotivationnel associe un désinvestissement des activités quotidiennes à un déficit mnésique avec émoussement affectif et intellectuel. Indépendamment de tout usage de cannabis, il concerne souvent l'adolescent, que l'on voit constamment replié sur lui-même et sur son songe intérieur, d'humeur changeante, morose, souvent marginalisé. L'adolescent en proie à ce syndrome traduit ses errements dans sa quête d'identité. Le syndrome amotivationnel est proche du syndrome de « déficit énergétique » décrit par le psychiatre français Pierre Deniker et presque analogue dans son expression à l'athymhormie, ce qui contribue parfois à le faire confondre ave une hébéphrénie (schizophrénie de l'adolescent) ou une psychose. Une consommation chronique de cannabis peut induire une symptomatologie évocatrice de ce syndrome.

➢ Psychose cannabique.

Les travaux consacrés aux « psychoses » induites par le cannabis permettent d'établir une distinction entre trois états pathologiques différents :

- Le syndrome confusionnel aigu :

Il est identique à celui qui est décrit lors d'un usage isolé, avec altérations sensorielles (distorsions visuelles ou cénesthésiques, plus qu'auditives, parfois hallucinations), troubles de la mémoire des faits récents, idées délirantes à thème de persécution, incontinence émotionnelle et affective, labilité de l'humeur, irritabilité et agressivité, l'ensemble survenant rapidement et sans prodromes. Ce tableau ne s'observe que chez des sujets consommant une forte dose de drogue pendant une période prolongée. L'évolution spontanée est très favorable en quelques jours à un mois. Le traitement est purement symptomatique (anxiolytiques, neuroleptiques).

- Le syndrome schizophréniforme :

Ce syndrome a pour caractéristique un vécu paranoïde, avec idées de persécution et sentiment d'hostilité de l'entourage, engendrant une méfiance et une attitude défensive. Plus rarement, il s'accompagne d'illusions, voire d'hallucinations, de passages à l'acte agressifs sous-tendus par la sensitivité pathologique et favorisés par la labilité de l'humeur. L'examen ne permet pas de retrouver de troubles de la conscience ni de l'attention. Les fonctions cognitives et mnésiques sont intactes. Il n'existe pas de troubles du cours de la pensée comme dans la schizophrénie : il n'y a ni discordance ni dissociation. La récupération est rapide.

- Le trouble psychotique chronique :

La symptomatologie est durable et variable dans son expression : le plus souvent, la clinique est insidieuse (négligence de soi, distractibilité et léthargie, associées à un appauvrissement intellectuel avec troubles de l'attention, de la concentration et de la mémoire), mais on retrouve parfois des manifestations cliniques bruyantes, paranoïaques ou mégalomaniaques, avec idées délirantes de persécution ou de grandeur générant des troubles du comportement, des passages à l'acte violents. L'ensemble évolue de manière cyclique sur des mois ou des années avec une rythmicité variable. (99)

3. Effets de la consommation de cannabis sur des pathologies psychiatriques confirmées.

S'il ne semble pas exister de lien entre psychose et usage de cannabis, chez les sujets présentant des signes négatifs de schizophrénie, il semble que l'utilisation du cannabis à forte dose par des schizophrènes puisse atténuer les manifestations déficitaires, ce qui conforte l'hypothèse d'une « automédication » par cette drogue.

Les psychotiques chroniques recourant au cannabis cherchent son aspect socialisateur, paradoxalement psychostimulant et anxiolytique. On ne connaît guère dans le détail les conséquences négatives de la consommation de cannabis sur une psychose constituée.

Il semble acquis que l'usage de cannabis puisse aggraver (lorsqu'il est employé à haute dose et sur une longue période) le cours de la maladie en développant ses symptômes (hospitalisations plus fréquentes), en modifiant l'équilibre thérapeutique (perturbations pharmacocinétiques et pharmacologiques de l'action des neuroleptiques mais aussi diminution de l'observance du traitement, diminution de la compliance aux programmes de réhabilitation et de réinsertion). De même, il semble que certains psychotiques consommant du cannabis soient plus agressifs que la population d'usagers de référence. L'usage de cannabis paraît aggraver l'inhibition psychomotrice des sujets souffrant de dépression endogène. (99)

2) Un nombre croissant de prises en charge dans les centres de soins.

L'usage de cannabis conduit une partie des consommateurs à entrer en contact avec des structures ou des professionnels de santé. Ces usagers sont le plus souvent accueillis dans les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA). Ils sont aussi vus dans des services ou établissements hospitaliers sans centres spécialisés mais disposant de consultations ambulatoires en addictologie ou en médecine de ville.
En 2010, les CSAPA ont reçu 38 000 personnes, principalement consommatrices de cannabis. (100)
Plus de la moitié d'entre elles ont été vues dans le cadre d'une Consultation Jeunes Consommateurs (CJC), dispositif géré, à quelques exceptions près, par les CSAPA.
Créées fin 2004, les CJC proposent un accompagnement aux jeunes usagers de cannabis et d'autres produits (l'âge moyen des consultants avoisinant 23 ans) ainsi qu'à leurs familles. En pratique, le dispositif touche une majorité d'usagers de cannabis (92 %). La moitié du public reçu à la CJC est adressée par la justice : parmi eux, les jeunes majeurs (18-25 ans), de sexe masculin, consommateurs occasionnels de cannabis, sont majoritaires. Environ un tiers du public présente, à l'inverse, une dépendance au cannabis : il s'agit souvent de consultants plus âgés, venus spontanément ou adressés par un professionnel de santé. Cette frange du public comprend en outre une part plus importante de femmes. En dehors des CSAPA, des consommateurs de cannabis peuvent également être vus par des médecins généralistes. En 2009, 59 % d'entre eux déclarent avoir reçu en consultation au moins un patient au cours de l'année pour usage de cannabis. (101)

3) Les conséquences sociales.

Les interpellations pour usage de cannabis représentent toujours 90 % des interpellations pour usage de stupéfiants. Leur nombre a augmenté de 65 % par rapport à l'année 2000. En dehors des affaires d'usage, les services de police et de gendarmerie ont effectué 15 302 interpellations pour usage-revente et trafic de cannabis. (102)
En dehors des problèmes avec la loi, les usagers fréquents de cannabis rapportent avoir eu des difficultés dans les études ou le travail au cours de l'année pour un peu moins de 40 % d'entre eux (souvent 7 %, parfois 30 %). (103)

E. Repérage des usages problématiques.

L'usage problématique de cannabis peut être appréhendé comme un « usage susceptible d'induire des dommages sanitaires et sociaux importants pour soi ou pour autrui ». (6)
Il n'existe pas actuellement de données scientifiques suffisantes permettant d'établir le lien précis entre un niveau de consommation, l'existence d'une dépendance et celle de problèmes socio-sanitaires induits par l'usage de cannabis. Ce d'autant plus qu'une consommation « excessive » peut être à l'origine des troubles, comme elle peut en constituer les symptômes.
Toutefois, plusieurs outils de repérage de la dépendance ou de l'usage problématique existent, parmi lesquels le questionnaire CAST (*Cannabis Abuse Screening Test*). L'OFDT a publié en décembre 2013 avec le soutien de la Fédération Addiction une revue de la littérature fournissant un état des lieux des connaissances, des outils et des pratiques mis en œuvre pour favoriser la prise en charge de l'usage problématique de cannabis au niveau des soins primaires, en France et à l'étranger. Ce travail fait suite au guide pratique des outils de repérage de l'usage problématique de cannabis, paru en septembre 2013, qui offre une aide pratique aux professionnels de santé de première ligne confrontés aux adolescents en situation d'usage de cannabis. (Annexe 12)

Les informations nécessaires au repérage et à l'évaluation de la gravité de la consommation sont obtenues par le dialogue clinique. Face à un ou plusieurs symptômes évocateurs d'un usage problématique (perte de mémoire, de motivation ou d'énergie, détresse psychologique, problèmes respiratoires, troubles du sommeil, problèmes relationnels, familiaux ou scolaires, etc.), l'entretien clinique peut être guidé par un questionnaire de repérage standardisé. Brefs et faciles à administrer, les questionnaires de repérage permettent de faciliter une discussion avec le patient autour des aspects problématiques de la consommation de cannabis. Il en existe plusieurs pour le cannabis, notamment le CAST (*Cannabis Abuse Screening Test*), le SDS (*Severity of Dependence Scale*) et le CUDIT (*Cannabis Use Disorders Identification Test*), ainsi que d'autres, non spécifiques, qui prennent en compte l'ensemble des produits psychoactifs : DEP-ADO ou CRAFFT / ADOSPA. (Annexe 13)
La question la plus simple à poser est celle de la fréquence de consommation. Les autres questions pertinentes concernent les problèmes de mémoire et de concentration, l'usage le matin, la recherche d'un état de défonce. Actuellement, le CAST, qui a été conçu pour repérer l'usage problématique de cannabis, est l'instrument de langue française qui a été le mieux validé auprès des adolescents. Il comporte six questions, qui permettent d'évaluer la survenue des événements suivants au cours des 12 derniers mois : l'usage avant midi (c'est-à-dire hors contexte festif), l'usage solitaire, les troubles de la mémoire, les remarques de l'entourage à propos de la consommation, l'échec des tentatives d'arrêt ou de réduction de l'usage et les problèmes liés à la consommation de cannabis (dispute, bagarre, accident, etc.). Ce questionnaire est à modalité de réponse binaire pour la version courte, et à 5 modalités de réponse (de "jamais" à "souvent") pour la version longue. (104)
Seulement 2% des médecins généralistes utilisent un questionnaire de dépistage de la consommation de cannabis selon le Baromètre santé médecins généralistes de 2009. Les outils standardisés de repérage sont donc trop peu utilisés et l'estimation du patient « à risque » est le plus souvent subjective.

En 2011, au vu des résultats du CAST en population générale, 16 % des jeunes de 17 ans ayant consommé du cannabis au cours de l'année présentent un risque élevé d'usage problématique, voire de dépendance (19 % pour les garçons et 12 % pour les filles), ce qui correspond à 6 % de l'ensemble des adolescents de cet âge (8 % pour les garçons et 3 % pour les filles). (105)

F. Perceptions et opinions des français sur le cannabis.

Afin de mieux cerner l'attitude des populations vis-à-vis des drogues, l'étude des opinions vient compléter la mesure des consommations. L'Enquête sur les représentations, opinions, perceptions sur les produits psychotropes (EROPP), menée à quatre reprises depuis 1999, permet de faire le point sur les appréciations des Français vis-à-vis des produits, de leurs usagers et des grandes orientations de la politique publique sur une période de près de quinze ans. Voici quelques points clés relatifs à ces questions dans l'enquête de 2013. (106)

1) Le cannabis : première drogue citée spontanément.

En réponse à la question « quelles drogues connaissez-vous, ne serait-ce que de nom ? » la quasi-totalité des Français (96 %) cite spontanément au moins un produit, proportion inchangée par rapport à 2002 (date de la dernière mesure). Le cannabis est le produit le plus souvent mentionné (86 %). Les deux autres les plus connus sont la cocaïne (64 %) et l'héroïne (48 %). Viennent ensuite l'ecstasy et le LSD, cités par environ une personne sur quatre (respectivement 28 % et 24 %) ; d'autres drogues illicites, comme le crack ou la morphine, ne sont connues en revanche que par une personne sur dix.
Comme en 1999 et 2002, le tabac et l'alcool ne sont pas les premiers produits qui viennent à l'esprit des répondants, la question étant vraisemblablement comprise comme portant implicitement sur les drogues illicites. Leur positionnement en 6ème et 7ème place, stable sur les quinze années d'observation, montre que les Français n'identifient pas spontanément l'alcool et le tabac comme des drogues. (106) (Annexe 14)

2) Perception de la dangerosité.

Depuis 1999, l'enquête EROPP interroge les Français sur leur perception de la dangerosité de différents produits à divers « stades » de la consommation (expérimentation, consommation occasionnelle, régulière…).
La quasi-totalité des Français (neuf sur dix) considèrent l'héroïne et la cocaïne comme dangereuses dès le premier usage. La proportion de personnes partageant cette opinion n'a pas sensiblement varié depuis 1999.
En ce qui concerne le cannabis, un Français sur deux (54 %) partage cet avis sur la dangerosité dès l'expérimentation, proportion qui, après une nette augmentation en 2008, retrouve le niveau observé en 1999 et 2002. (2) (107)
Les substances licites sont perçues comme dangereuses dès l'essai par une minorité de Français : 41 % pour le tabac et 11 % pour l'alcool. (Annexe 15)
Après avoir doublé entre 1999 et 2008, ces proportions sont restées pratiquement inchangées entre les deux dernières enquêtes. Ces substances apparaissent surtout dangereuses au stade de l'usage quotidien. Ainsi, 47 % des Français pensent que c'est le cas pour le tabac et
74 % pour l'alcool. Toutefois, pour le tabac, la perception, qui était en baisse entre 2002 et 2008, de 73 % à 44 %, est en légère hausse en 2013.
Les résultats de la dernière enquête EROPP indiquent que les Français sont de plus en plus avertis du danger d'une consommation régulière ou quotidienne de cannabis, des problèmes de dépendance qui y sont liés et des impacts pour l'entourage, même si la proportion de ceux qui pensent que l'on peut vivre normalement en prenant régulièrement du cannabis augmente.
La part des personnes estimant que l'usage du cannabis comporte un risque dès l'expérimentation est en baisse (54 %, contre 62 % en 2008) mais retrouve un niveau proche de celui observé en 2002. En hausse par rapport à 2008, un tiers des répondants (30 % vs 25 % en 2008) estime que le seuil de dangerosité se situe seulement à partir d'une consommation quotidienne. (Annexe 16)

Cette perception de la dangerosité du cannabis varie beaucoup avec l'âge : 49 % des 15-24 ans considèrent qu'il est dangereux dès l'expérimentation, mais ils sont 60 % chez les 65-75 ans. Ces résultats sont fortement liés à la proximité avec le produit. Ainsi, les personnes qui en ont déjà consommé ou l'ont expérimenté ont tendance à fixer les seuils de dangerosité à un niveau plus élevé et sont deux fois plus nombreuses à penser qu'on peut vivre normalement en prenant régulièrement du cannabis (39 % *vs* 17 % parmi les non-consommateurs).
Comme en 2008, il a été demandé aux Français de se positionner à propos de l'affirmation que « fumer du cannabis conduit à consommer par la suite des produits plus dangereux». Ils restent majoritaires à partager cette « théorie de l'escalade », pourtant réfutée par la plupart des études scientifiques, à un niveau proche de celui mesuré en 1999 (70 % *vs* 68 %), mais sont cependant moins nombreux qu'en 2008 (74 %). (106)

3) Appréciations sur le pouvoir addictif.

Parmi les trois produits les plus diffusés (alcool, tabac, cannabis), le cannabis est perçu comme celui dont il est le plus difficile de se passer quand on a commencé à en consommer (38 %), à égalité avec le tabac (37 %).
La perception du pouvoir addictif du cannabis n'a cessé de progresser, passant de 21 % en 2002 à 38 % aujourd'hui, alors que celle d'une dépendance liée à l'alcool est restée stable.
Cette évolution pourrait s'expliquer par les campagnes d'information et de prévention qui ont globalement orienté leurs messages sur les risques de dépendance liés à la consommation de cannabis, alors que, pour l'alcool, il était surtout question des risques d'accidents de la route.
Il existe une importante différence entre les hommes et les femmes sur cette question. Pour les premiers, le tabac est la substance la plus addictive (42 %), suivi par le cannabis (32 %) et par l'alcool (26 %), alors que 43 % des femmes placent le cannabis en tête devant le tabac (33 %) et l'alcool (24 %).

4) Des usagers souvent jugés dangereux par leur entourage.

Déjà interrogés en 2008 sur leurs représentations des consommateurs d'héroïne, de cocaïne, de cannabis et de ceux qui boivent beaucoup d'alcool, les Français l'ont été à nouveau en 2013. (Annexe 17)
Pour chacun des produits, une majorité de personnes estiment, comme lors de l'enquête précédente, que les usagers peuvent être « un danger pour leur entourage ». Les proportions d'interviewés partageant cette opinion sont en augmentation pour tous les produits, mais la hiérarchie générale n'est pas modifiée. Cet avis continue à être le plus largement partagé à propos des usagers qui boivent beaucoup d'alcool (91 %). Viennent ensuite les opinions à propos des consommateurs d'héroïne (87 %) puis de ceux de cocaïne (83 %).
Un durcissement est notable concernant la représentation des usagers de cannabis : 67 % des Français estiment qu'ils sont dangereux pour leur entourage, alors qu'ils étaient 62 % en 2008.
La proportion de Français qui considèrent que les usagers souffrent d'une maladie est en recul, quelle que soit la substance examinée, tout comme le pourcentage de ceux qui pensent que l'usage s'explique par des problèmes familiaux. Plus encore qu'en 2008, les Français semblent refuser d'exonérer les usagers de leur « part de responsabilité ». Dans le cas de consommation excessive d'alcool, néanmoins, la moitié des Français adhèrent à l'explication de la consommation par les problèmes familiaux, proportion restée stable entre les deux enquêtes.

5) Les opinions des Français sur les politiques publiques.

Les opinions des Français sur les politiques publiques menées ou à mener en matière de drogues traduisent un double mouvement : d'un côté, une plus forte adhésion aux mesures prohibitives concernant le tabac et l'alcool et parallèlement un suffrage moins marqué aux sanctions prévues par la loi pour les personnes interpellées pour usage ou détention de cannabis.

Concernant les sanctions pénales encourues par les usagers de cannabis, une large majorité des Français est favorable à la possibilité d'un simple « rappel à la loi » (86 %) ou d' « une obligation de soins » (87 %). Plus des deux tiers (68 %) soutiennent le principe d' « un stage payant d'information sur la loi et les dangers des drogues », créé par la loi de prévention de la délinquance du 5 mars 2007, pour dissuader les usagers occasionnels d'une éventuelle récidive. Néanmoins, d'autres dispositions recueillent moins de suffrages : une personne sur deux (50 %) estime que la sanction financière, sous la forme d'une amende qui peut aller jusqu'à 3 750 euros aux termes de la loi en vigueur, est plutôt « une mauvaise chose ou une très mauvaise chose ». Parmi ces personnes défavorables aux sanctions financières, près de la moitié (47 %) pensent qu'il ne faudrait aucune amende (soit un peu moins d'un Français sur 4) et 39 % (un Français sur 5 au total) préconisent une amende maximale de 150 euros. Par ailleurs, seulement 36 % de la population juge plutôt comme « une bonne chose ou une très bonne chose » la possibilité d'une peine de prison pour usage simple de cannabis (sans infraction associée).
Ces opinions sur les modalités de sanction des consommateurs de cannabis varient selon la proximité du répondant avec le produit. (Annexe 18)
Les personnes ayant fumé du cannabis au cours des 12 derniers mois sont quatre fois moins nombreuses que celles qui n'ont jamais consommé au cours de leur vie à considérer la sanction financière comme « une bonne chose » (15 % contre 58 %). De même, la possibilité d'encourir une peine de prison est considérée comme « une bonne chose » par 8 % des usagers dans l'année contre 44 % des non-expérimentateurs.
Par ailleurs, les hommes adhèrent légèrement moins à l'option « d'obligations de soins » (82 % contre 91 % parmi les femmes) et à la possibilité « d'un rappel à la loi » (84 % contre
89 %). Concernant les autres mesures, les opinions ne divergent pas selon le sexe, ni selon l'âge.
Les Français restent très majoritairement opposés à une mise en vente libre du cannabis (78 %). Cependant, la proportion de ceux qui sont favorables à cette mesure (22 %) a nettement progressé depuis 2008, où elle était de 15 %. (Annexe 19)
La part d'opinions favorables à la proposition d'autoriser le cannabis sous certaines conditions (en maintenant l'interdiction pour les mineurs et avant de conduire) a quant à elle doublé sur la période, passant de 31 % à 60 %. Finalement, même parmi les personnes opposées à la mise en vente libre du cannabis, une partie plus importante qu'en 2008 serait d'accord pour une mise en vente libre sous conditions.
Dans le même sens, bien qu'une minorité de Français perçoive l'interdiction du cannabis comme une atteinte à la liberté, cette proportion est en hausse entre les deux dernières enquêtes (de 32 % à 44 %). (106) (108)

DEUXIÈME PARTIE :
ÉVALUATION DE LA PERCEPTION ET DE LA PRÉVALENCE DE LA CONSOMMATION DE CANNABIS EN MÉDECINE GÉNÉRALE. ENQUÊTE RÉALISÉE AUPRÈS DE PATIENTS CONSULTANTS EN MÉDECINE GÉNÉRALE EN MEURTHE-ET-MOSELLE

A. Méthodologie.

1) Objectifs de l'étude.

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer la perception et la prévalence de la consommation de cannabis par les patients consultants en Médecine Générale.
L'objectif secondaire est de déterminer les caractéristiques d'une population à risque de consommateurs de cannabis en Médecine Générale.
Le bénéfice attendu serait de pouvoir intervenir en soins primaires dans le cadre de la prévention primaire et secondaire de façon plus ciblée dans cette population à risque de consommateurs de cannabis.

2) Elaboration et validation du questionnaire.

a) Revue de la littérature pour l'élaboration du questionnaire.

Tout d'abord le questionnaire a été élaboré à l'aide de questions retrouvées dans l'Enquête sur les Représentations, Opinions et Perceptions sur les Psychotropes (EROPP). Les quatre périodes de cette enquête (1999, 2002, 2008, 2013) étaient destinés à étudier les perceptions et les opinions dans la population française vis-à-vis des psychotropes. Certaines de ces questions ont donc été utilisées ici pour l'élaboration du questionnaire et s'adressent aux patients consultants le médecin généraliste. D'autres questions visant à évaluer la prévalence et les niveaux d'usage de la consommation de cannabis ont également servi à l'élaboration du questionnaire (questions tirées des enquêtes réalisées en population générale par l'INPES et l'OFDT).

b) Description et construction du questionnaire.

Un premier questionnaire (de 4 pages sur 2 feuilles recto-verso) a été élaboré et comprenait 7 questions réparties en 3 parties : (Annexe 20)

- La première partie qui comprend les questions n°1 et n°2 fait référence à la connaissance.
- La deuxième partie qui englobe les questions n°3, n°4, n°5 et n°6 explore la perception et les opinions.
  - Pour la question n°3 : perception de la dangerosité du cannabis.
  - Pour la question n°4 : perception du pouvoir addictif du cannabis.
  - Pour les questions n°5 et n°6 : opinions sur les politiques publiques.

- La troisième partie qui comprend la question n°7 porte sur la proximité avec le produit et la consommation personnelle.

Les 6 premières questions ont été élaborées à partir de questions retrouvées dans l'EROPP. Toutes les questions élaborées sont des questions fermées et la plupart sont des questions à échelle de LIKERT. L'échelle de LIKERT est une échelle d'attitude par laquelle on demande à l'individu d'exprimer son degré d'accord ou de désaccord relatif à une affirmation (Tout à fait d'accord ; Plutôt d'accord ; Plutôt pas d'accord ; Pas du tout d'accord).

c) Caractéristiques de la population et mode de recrutement.

Les critères d'inclusion étaient : tous les patients consultants en Médecine Générale volontaires quelque soit le motif de la consultation et dont l'âge était supérieur ou égal à 18 ans. Après quelques explications orales sur l'objectif de ce questionnaire et sur son caractère anonyme, il a été remis au patient à la fin de la consultation par le médecin généraliste, sa secrétaire ou moi-même en tant que stagiaire du cabinet. Après l'avoir rempli dans la salle d'attente, le patient le déposait ensuite dans une urne (questionnaire auto-administré).

d) Pré-test du questionnaire.

Ce premier questionnaire a été testé sur 10 patients consultants dans un cabinet de Médecine Générale situé en Meurthe-et-Moselle en milieu semi-rural où j'y étais stagiaire.

Suite aux suggestions (orales et écrites) de ces patients et aux vues de leurs réponses face à ce premier questionnaire, certaines modifications ont ensuite été apportées et un autre questionnaire a été élaboré (Annexe 21).

Voici les modifications apportées :

- La précision écrite de l'anonymat du questionnaire en début de celui-ci (car une patiente avait inscrit son nom et son adresse à côté de l'item : vos coordonnées).
- Pour la question n°3, l'ajout de la réponse : risque identique (2 patients l'ayant rajouté d'eux même sur le questionnaire).
- En fin des pages 1 et 3, l'ajout de la phrase : *tournez la page SVP* (1 patient n'a pas complété les pages 2 et 4).
- Pour la question n°7 : si réponse "non" : questionnaire terminé.
  si réponse "oui" : répondre aux questions suivantes.
  (Car 2 patients ont continué de répondre au questionnaire alors qu'ils avaient coché la réponse "non")
- Modification de la mise en page et de la police.

e) Test du questionnaire et étude de validité.

Ensuite de la même manière et avec les mêmes critères d'inclusion et d'anonymat, ce questionnaire modifié a été distribué en double exemplaire à 60 patients consultants dans ce même cabinet. Le premier exemplaire était à remplir de suite et à remettre dans l'urne située au secrétariat de ce même cabinet. Le second était à remplir par le même patient dans un délai d'un mois après le premier et devait être envoyé à mon adresse personnelle à l'aide d'une enveloppe pré-timbrée fournie par mes soins. Chaque questionnaire et son doublon était identifié par le même numéro allant de 1 à 60.

L’objectif de ce même questionnaire rempli deux fois à un mois d’intervalle était de vérifier la concordance des réponses.
60 patients ont rempli le premier questionnaire.
Sur ces 60 patients, 30 ont renvoyé le deuxième questionnaire à 1 mois d’intervalle mais 2 paires de questionnaires ne sont pas interprétables car non remplis par la même personne (âges et professions différents).
Nous avons donc étudié la concordance sur 28 questionnaires.
Le taux de réponses exploitables de cette étude est de 46,66%.

1. Caractéristiques socio-démographiques des patients ayant rempli le questionnaire :

		Premier questionnaire (60 patients)	Deuxième questionnaire à 1 mois (28 patients)
Sexe	Homme	28 (46.66%)	13 (46.42%)
	Femme	30 (50%)	15 (53.57%)
	Inconnu	2 (3.33%)	0
Age	18-39 ans	17 (28.33%)	7 (25%)
	40-69 ans	32 (53.33%)	16 (57,14%)
	≥ 70 ans	9 (15%)	5 (17.85%)
	Inconnu	2 (3.33%)	0
Catégories professionnelles	Actifs	34 (56.66%)	15 (53.57%)
	Retraités	18 (30%)	10 (16.66%)
	Etudiants	3 (5%)	2 (7.14%)
	Sans profession	3 (5%)	1 (3.57%)
	Inconnu	2 (3.33%)	0

L’âge moyen des 28 patients ayant répondu aux 2 questionnaires est de 53.5 ans.
53.57% de femmes ont rempli les 2 questionnaires. La tranche d’âge 40-69 ans est la plus représentée (57.14%) ainsi que les actifs (53.57%).

2. Tableau récapitulatif de la concordance des questions posées :

Questions	**Réponses concordantes**	**Pourcentage** (corrélation intra-classe)
1) Le cannabis est-il pour vous la substance illicite la plus consommée en France?	23/28	82,14
2) Fumer du cannabis conduit inévitablement à consommer d'autres drogues?	23/28	82,14
3) Pour vous, le cannabis est-il dangereux pour la santé?	28/28	100
Si oui, celui-ci est dangereux…	18/27	66,66
Si oui, risque broncho-pulmonaire	18/27	66,66
risque cardio-vasculaire	18/27	66,66
risque d'accident de la voie publique	17/27	62,96
risque fœtal par rapport à l'alcool	18/27	66,66
risque fœtal par rapport au tabac	21/27	77,77
risque psychiatrique	26/27	96,29
risque cancérigène par rapport à l'alcool	13/27	48,14
risque cancérigène par rapport au tabac	17/27	62,96
effet sur le comportement alimentaire	26/27	96,29
4) Peut-on devenir dépendant du cannabis?	28/28	100
Si oui, on devient dépendant…	19/28	67,85
5) Le cannabis pourrait être mis en vente libre au même titre que le tabac ou l'alcool.	24/28	85,71
6) L'interdiction du cannabis est une atteinte à la liberté individuelle?	22/28	78,57
7) Avez-vous consommé ou consommez-vous du cannabis?	28/28	100
		Moyenne : 78,19

La concordance globale des réponses est bonne car la moyenne est de 78,19% (coefficient de corrélation intra-classe largement supérieur à 0,60).
Seule la réponse à la question portant sur le risque cancérigène (de la question n°3) n'est pas concordante (car coefficient de corrélation intra-classe faible à 0,48).
Ces résultats ont été exposés sous forme d'un mémoire soutenu devant les membres de la Commission de Validation du mémoire.
Cette étude a permis de montrer que ce questionnaire était pertinent, valide et fiable.

f) Elaboration du questionnaire final.

Suite à la soutenance du mémoire et aux suggestions des membres du jury, le questionnaire final a été élaboré. (Annexe 22)
Voici les modifications apportées au questionnaire :

- La question portant sur le risque cancérigène (de la question n°3) a été supprimée (car réponses non concordantes).
- Pour la question n°1, précision de la signification de substance illicite = interdite par la loi.
- Dans la question n°7, élimination de l'item : quantité en moyenne à chaque consommation (en nombre de joints) car les réponses n'étaient pas précises et difficiles à interpréter.
- La version courte du questionnaire CAST a été ajoutée en fin de questionnaire (question n°7B) afin d'évaluer parmi ceux qui consommaient du cannabis ceux qui avaient un usage problématique.

3) Enquête.

a) Schéma, type d'étude.

Il s'agit ici d'une étude descriptive transversale, c'est-à-dire qu'elle répond à l'intention de décrire l'état (et l'état d'esprit) d'une population à un moment donné.
Cette enquête a été réalisée à l'aide du questionnaire préalablement validé sur une période d'environ 2 mois et demi (du 08/07/2013 au 20/09/2013).

b) Caractéristiques de la population et mode de recrutement.

Cette enquête a été réalisée dans 5 cabinets de Médecine Générale situés en Meurthe-et-Moselle : à Toul, Richardménil, Dombasle sur Meurthe, Nancy et Colombey les Belles.
Les critères d'inclusion étaient : tous les patients consultants volontaires en Médecine Générale quelque soit le motif de la consultation et dont l'âge était supérieur ou égal à 18 ans.
Les critères d'exclusion étaient: un âge inférieur à 18 ans, patients non volontaires.

c) Déroulement de l'enquête.

Les questionnaires étaient disposés en salle d'attente du cabinet ainsi qu'une urne accompagnée d'une note explicative concernant le questionnaire. (Annexe 23)
Les questionnaires étaient remplis par le patient de façon anonyme (questionnaire auto-administré), pliés en deux puis déposés dans l'urne.
L'urne a été récupérée dans chaque cabinet par moi-même à la fin de l'enquête.

d) Recueil des données et exploitation des résultats.

La saisie des données a été réalisée à l'aide du logiciel EpiData version 3.1 et l'analyse statistique à l'aide du logiciel SAS9.3.

La réalisation du masque de saisie des données, la saisie des données, l'analyse statistique, l'interprétation et la présentation des résultats ont été réalisées avec l'aide de Madame Laetitia MINARY, épidémiologiste, du Service d'Epidémiologie et Evaluation Cliniques du CHU de Nancy.

Une première analyse univariée consistait en la description des caractéristiques de l'échantillon investigué: les variables quantitatives ont été exprimées par leur moyenne +/- écart-type, les variables qualitatives par leur fréquence et par leur pourcentage du total des répondants.

Une analyse bivariée a permis de comparer les caractéristiques des individus interrogés en fonction de leur sexe, de leur âge, de leur activité socioprofessionnelle et de leur consommation de cannabis. Cette comparaison a été réalisée à l'aide du test du Chi2 pour les variables qualitatives et du test de Student pour les variables quantitatives.

Enfin, une régression logistique multivariée a permis de mettre en évidence les facteurs associés à la consommation de cannabis. La variable à expliquer était la consommation de cannabis.
L'intervalle de confiance (IC) est de 95% et le seuil de significativité était fixé à 0,05.
L'Odds ratio était statistiquement significatif si l'IC ne comprenait pas le chiffre 1.

B. Résultats et analyses.

1) Nombre de questionnaires.

En tout 402 questionnaires ont été récupérés et 371 questionnaires ont été saisis. (Tout les questionnaires récupérés n'ont pas été saisis car parfois incomplets ou ininterprétables)
Voici la répartition par cabinet des questionnaires récupérés et saisis :

- A Toul : 101 questionnaires récupérés dont 92 saisis.
- A Richardménil : 116 questionnaires récupérés dont 111 saisis.
- A Dombasle sur Meurthe : 38 questionnaires récupérés dont 35 saisis.
- A Nancy : 39 questionnaires récupérés dont 33 saisis.
- A Colombey les Belles : 108 questionnaires récupérés dont 100 saisis.

2) Caractéristiques socio-démographiques des répondants de l'enquête.
(Annexe 24)

a) Le sexe.

Sur les 371 questionnaires saisis, la majorité de ceux-ci ont été complétés par une femme (69% vs 31%).

b) L’âge.

L’âge moyen des répondants de l’enquête est de 45 ans avec un écart-type de 16,8.

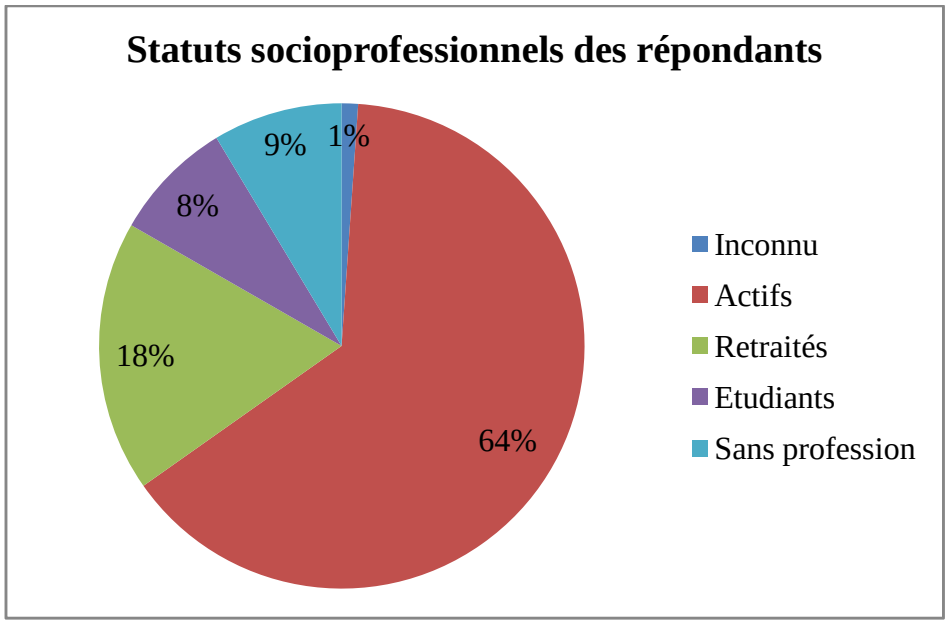
Classes d’âge des répondants de l’enquête :

Classes d’âge	N	%
Manquant	16	
Entre 18 et 25 ans	50	14,1
Entre 26 et 34 ans	66	18,6
Entre 35 et 44 ans	73	20,6
Entre 45 et 54 ans	68	19,2
Entre 55 et 64 ans	57	16,1
Entre 65 et 75 ans	25	7
Plus de 75 ans	16	4,5

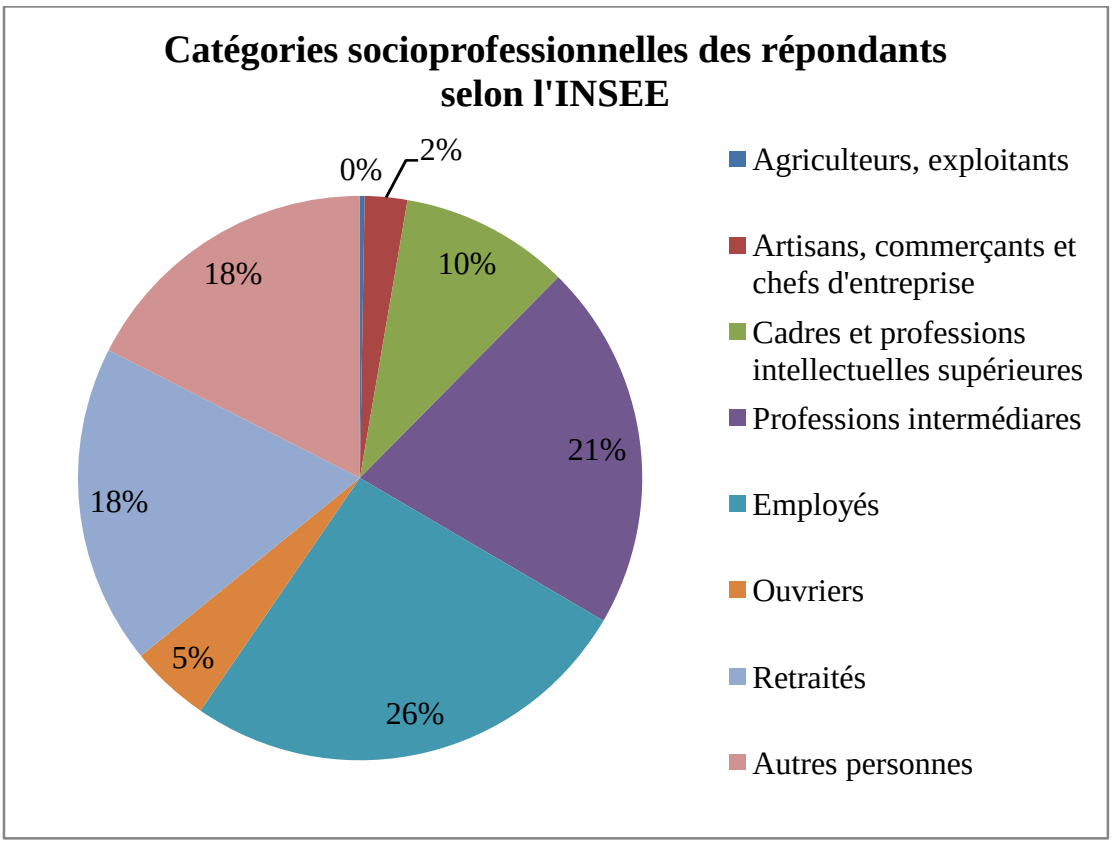
Données LM. Analyse consultation méthodologie et statistiques EEC 30JUIN2014

Les tranches d’âge des 26 à 54 ans sont bien représentées, un peu moins pour les 18-25 ans et les 55-64 ans et beaucoup moins pour les plus de 65 ans.

c) Les catégories socioprofessionnelles.



Les actifs sont largement les plus représentés, suivis des retraités, puis des autres personnes (dont 8% d’étudiants).



Parmi les actifs, ce sont les employés et les professions intermédiaires qui sont les plus représentés, suivis des cadres et professions intellectuelles supérieures, puis des ouvriers. Par contre il y a peu d'artisans, commerçants et chefs d'entreprise et un seul agriculteur.
Le nombre de retraités et d'autres personnes sans activité professionnelle est identique.

3) Analyse univariée.
(Annexe 24)

a) Réponses aux questions relatives à la connaissance.

1. Réponses à la question n°1.

90% des répondants de l'enquête estiment que le cannabis est la substance illicite la plus consommée en France.

2. Réponses à la question n°2.

La «théorie de l'escalade» est partagée par 61% des répondants (dont 25% sont tout à fait d'accord et 36% sont plutôt d'accord).

b) Réponses aux questions relatives à la perception et aux opinions.

1. Réponses à la question n°3.

- Perception et seuil de la dangerosité :

93% des répondants pensent que le cannabis est dangereux pour la santé et ceci dès l'expérimentation pour 37%, dès qu'on en prend toutes les semaines pour 23%, dès qu'on en prend de temps en temps pour 21% et dès qu'on en prend tous les jours pour 19%.

- Risques pertinents :

Les risques du cannabis au niveau broncho-pulmonaire, cardio-vasculaire, d'accident de la voie publique, du développement fœtal apparaissent pour la majorité des répondants au moins identiques voir supérieurs à ceux du tabac et/ou de l'alcool.

93% des répondants estiment que le cannabis augmente le risque de maladie psychiatrique et 69% pensent que celui-ci baisse l'appétit (contre 22% pour l'augmentation d'appétit et 9% pour l'absence d'effet).

2. Réponses à la question n°4.

- Perception et seuil du pouvoir addictif :

95% ont répondu que l'on peut devenir dépendant du cannabis et ceci dès qu'on en prend de temps en temps pour 28%, dès l'expérimentation pour 27%, dès qu'on en prend toutes les semaines pour 25% et dès qu'on en prend tous les jours pour 20%.

3. Réponses à la question n°5 et n°6 : opinions sur les politiques publiques.

80% des répondants sont opposés à la mise en vente libre du cannabis (60% ne sont pas du tout d'accord et 20% ne sont plutôt pas d'accord avec l'idée que le cannabis pourrait être mis en vente libre).

29% des répondants pensent que l'interdiction du cannabis est une atteinte à la liberté individuelle (20% sont plutôt d'accord et 9% tout à fait d'accord). 53% ne sont pas du tout d'accord avec cette idée.

c) Réponses aux questions relatives à la prévalence de la consommation. (Question n°7)

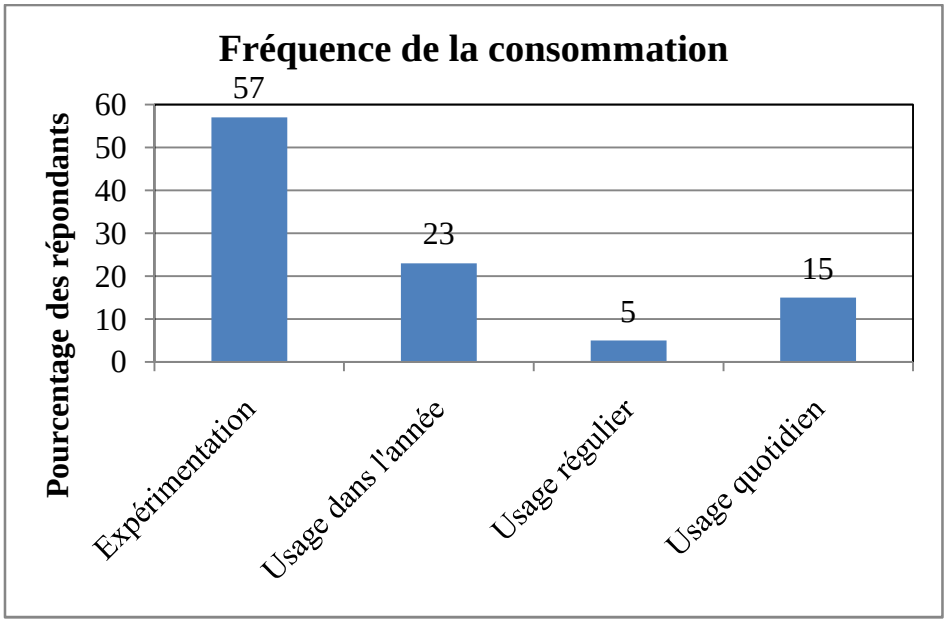
1. Consommation de cannabis actuelle ou passée :

29% des répondants de l'enquête ont avoué avoir déjà consommé ou consommer du cannabis.

2. Age de la première consommation :

L'âge moyen de la première consommation est de 17,7 ans avec un écart-type de 5,7.

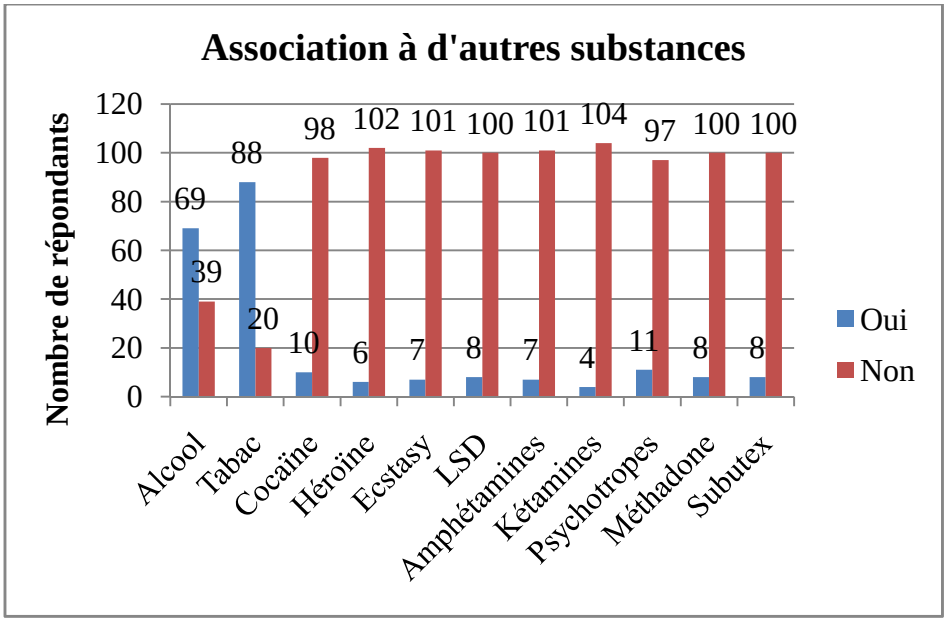
3. Les niveaux d'usage :



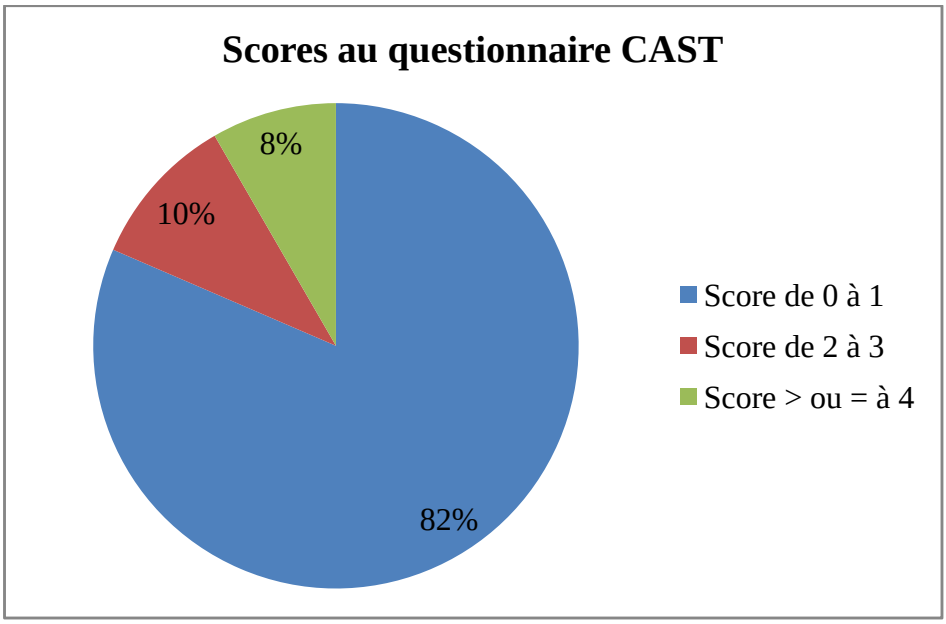
4. Le type d'usage :

74% des consommateurs déclarent avoir un usage de cannabis festif, 21% un usage à la fois festif et solitaire et seulement 5% un usage purement solitaire.

5. Polyconsommation :



6. Usage problématique :



10% des consommateurs de cannabis de l'enquête ont un risque élevé d'usage problématique et 8% ont un risque très élevé.

4) Analyse bivariée.

a) Comparaison de la consommation de cannabis en fonction du sexe.

1. Fréquence de la consommation :

Pour les hommes il y a 66% de non consommateurs (contre 73% de non consommatrices pour les femmes) et 34% de consommateurs (contre 27% pour les femmes).
Les hommes apparaissent un peu plus consommateurs de cannabis que les femmes mais la différence n'est pas statistiquement significative (car p = 0 ,1245).

2. Age de la première consommation :

Chez les hommes, l'âge moyen de la première consommation de cannabis est de 18 ans avec un écart-type de 6 ,8. Chez les femmes, il est de 17,5 ans avec un écart-type de 4,9. La différence n'est pas statistiquement significative (p = 0,6294).

3. Les niveaux d'usage.

	Homme		Femme		
	N=116 (31,3%)		N=255 (68,7%)		
	N	%	N	%	p**
Fréquence de la consommation					**0,0492**
Au moins une fois au cours de votre vie mais pas dans l'année	19	47,5	43	63,2	
Consommation au moins une fois dans l'année	8	20	17	25	
Entre 10 usages ou plus dans les 30 derniers jours	4	10	1	1,5	
Au moins une fois par jour durant les 30 derniers jours	9	22,5	7	10,3	

**Test du Chi-2 pour les variables qualitatives
Données LM. Analyse consultation méthodologie et statistiques EEC 30JUIN2014.

La différence des niveaux d'usage en fonction du sexe est statistiquement significative (p = 0,0492). Ainsi, les femmes apparaissent plus expérimentatrices que les hommes mais ont un usage régulier et quotidien moins importants que ceux-ci.

4. Le type d'usage.

La différence du type d'usage festif et/ou solitaire en fonction du sexe n'est pas statistiquement significative (p = 0,0791). (65% des hommes et 79,4% des femmes ont un usage festif ; 2,5% des hommes et 5,9% des femmes ont un usage solitaire et 32,5% des hommes et 14,7% des femmes ont un usage à la fois solitaire et festif).

5. Polyconsommation.

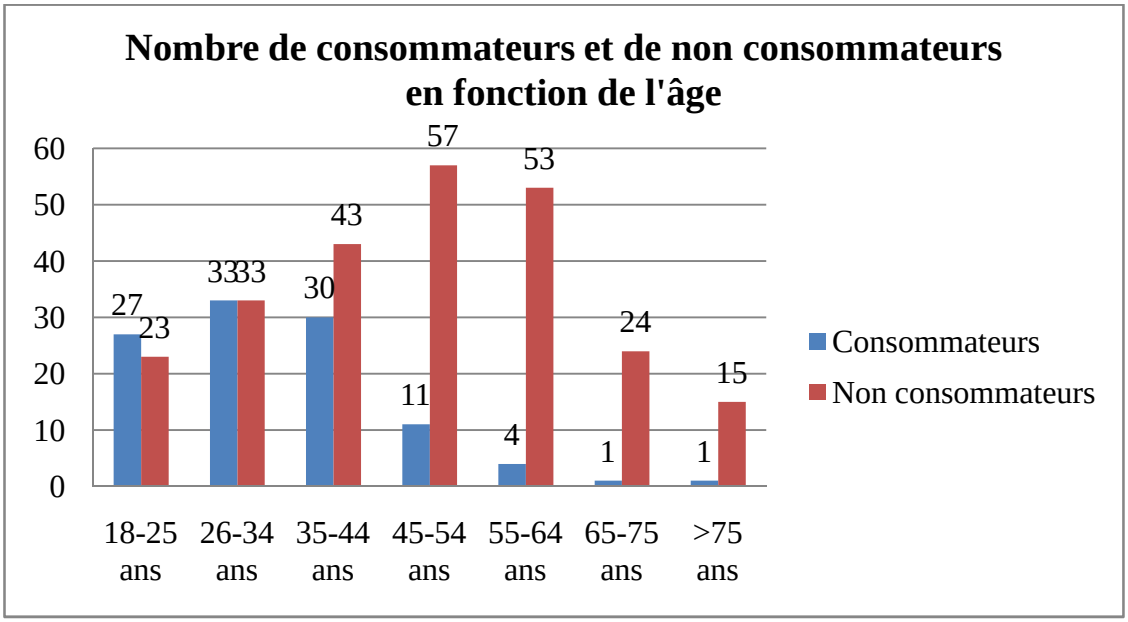
Le fait d'associer au cannabis d'autres substances ne diffère pas selon le sexe (p > 0,05 pour toutes les substances).

6. Usage problématique.

Les risques d'usages problématiques (score CAST > ou = à 2) semblent plus élevés chez les hommes que chez les femmes (30% vs 12%) mais la différence n'est pas statistiquement significative (p = 0,0582).

b) Comparaison de la consommation de cannabis en fonction de l'âge.

1. Fréquence de la consommation.



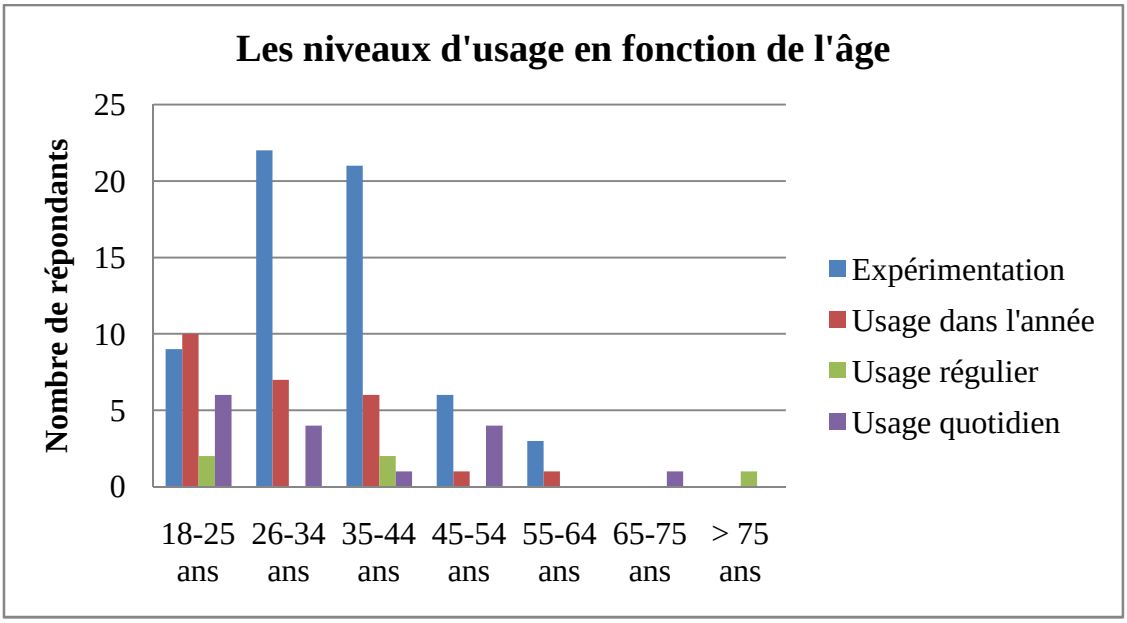
Les différences de consommation en fonction de l'âge sont statistiquement significatives (car p est < 0 ,0001). Les jeunes apparaissent majoritairement consommateurs. Par contre à partir de 45 ans, on retrouve peu de consommateurs.

2. Age de la première consommation.

Tranches d'âge	**Age de la première consommation (en années ± écart-type)**
18-25 ans (N=27)	15,4±1,4
26-34 ans (N=33)	16,9±2
35-44 ans (N=30)	17,4±3
45-54 ans (N=11)	25,4±12,9
55-64 ans (N=4)	22,5±11,8
65-75 ans (N=1)	14
> 75 ans (N=1)	15

L'âge d'initiation évolue en fonction de la classe d'âge de manière statistiquement significative (p = 0,0245).

3. Les niveaux d’usage.



Les niveaux d’usage diffèrent significativement en fonction de l’âge (p = 0,0108). Ainsi l’expérimentation concerne majoritairement les individus âgés de 26 à 44 ans.

4. Le type d’usage.

La différence du type d’usage (solitaire et/ou festif) par classe d’âge n’est pas statistiquement significative (p = 0,8377).

5. Polyconsommation.

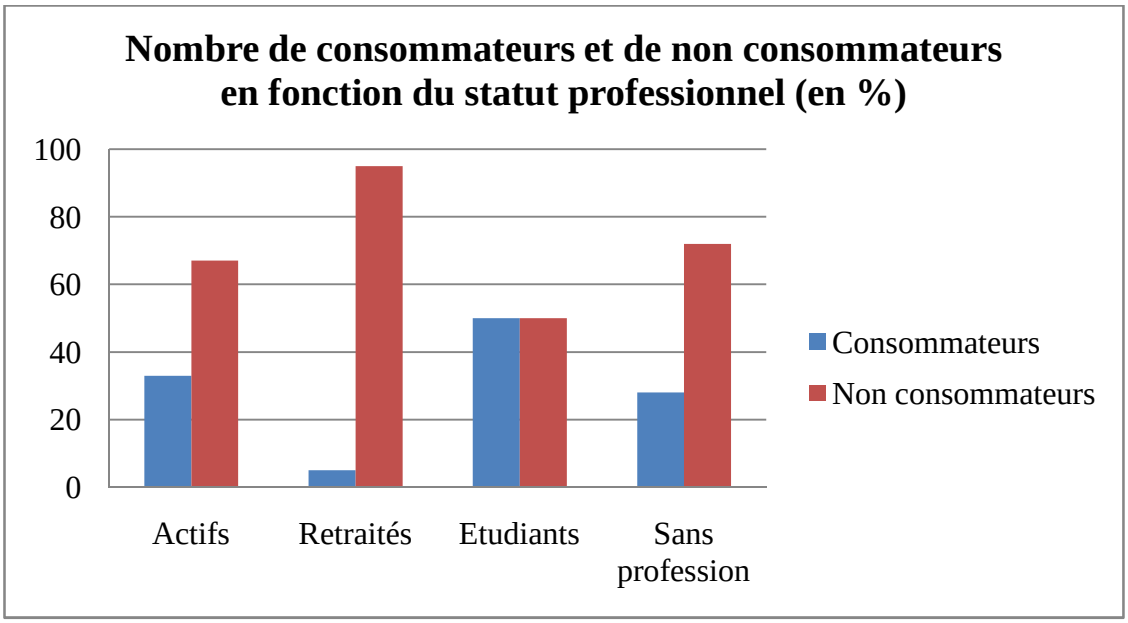
Le fait d’associer au cannabis d’autres substances ne diffère pas selon la classe d’âge (p > 0,05) sauf pour la cocaïne (p = 0,0253).

6. Usage problématique.

Le risque d’usage problématique en fonction de l’âge est statistiquement significatif (p < 0,0001). Il paraît plus important chez les 18-25 ans et chez les plus de 65 ans.

c) Comparaison de la consommation de cannabis en fonction du statut socioprofessionnel.

1. Fréquence de la consommation.

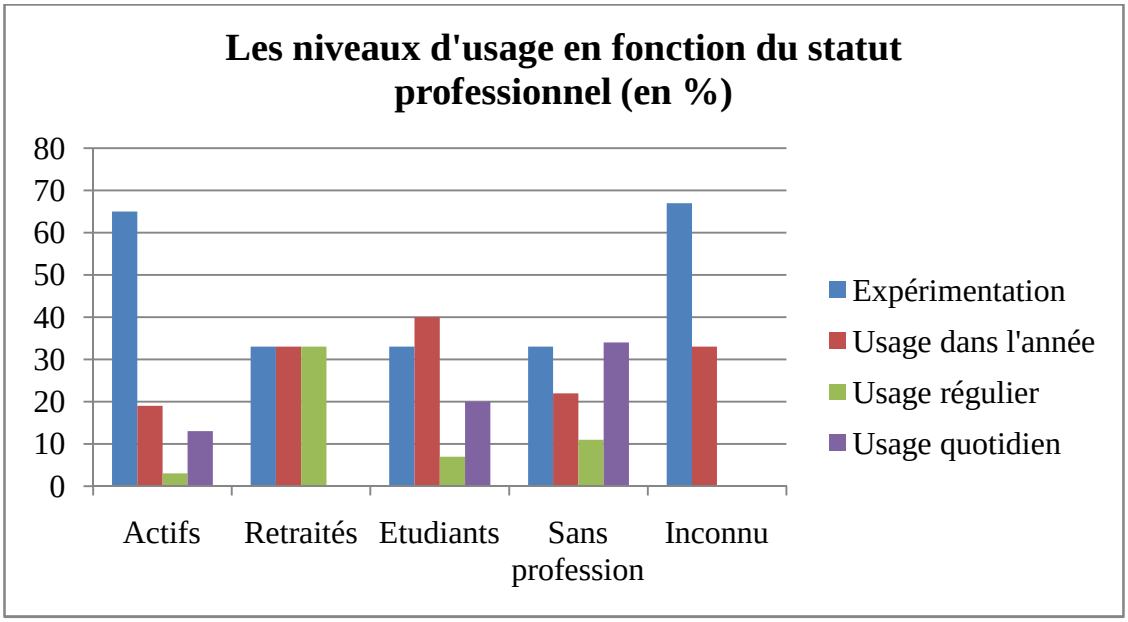


Les consommateurs de cannabis sont plus fréquents chez les étudiants puis les actifs et enfin les patients sans profession. Les retraités sont faiblement consommateurs (5%). La différence entre les statuts professionnels est statistiquement significative ($p < 0,0001$).

2. Age de la première consommation.

La différence n'est pas statistiquement significative ($p = 0,0971$).

3. Les niveaux d'usage.



La différence n'est pas statistiquement significative ($p = 0,07$).

4. Le type d'usage.

La différence du type d'usage par statut professionnel n'est pas statistiquement significative (p = 0,2123).

5. Polyconsommation.

Le fait d'associer au cannabis d'autres substances ne diffère pas selon le statut professionnel (p > 0,05).

6. Usage problématique.

Le risque d'usage problématique en fonction du statut professionnel n'est pas statistiquement significatif (p = 0,482).

d) Comparaison de la consommation de cannabis en fonction de la connaissance.

1. Question n°1 :

Les patients qui pensent que le cannabis est la substance illicite la plus consommée en France et qui consomment sont 28% (et donc 72 % sont non consommateurs).
Parmi ceux qui pensent que le cannabis n'est pas la substance illicite la plus consommée en France, 39% sont consommateurs.
La différence n'est pas statistiquement significative (p = 0,1377).

2. Question n°2 : théorie de l'escalade.

	Non consommateur		**Consommateur**		
	N=263 (70,9%)		N=108 (29,1%)		
	N	%	N	%	p**
Fumer du cannabis conduit inévitablement à consommer d'autres drogues					**<0,0001**
Tout à fait d'accord	80	30,4	13	12	
Plutôt d'accord	112	42,6	23	21,3	
Plutôt pas d'accord	49	18,6	35	32,4	
Pas du tout d'accord	22	8,4	37	34,3	

**Test du Chi-2 pour les variables qualitatives.
Données LM. Analyse consultation méthodologie et statistiques EEC 30JUIN2014

La différence est statistiquement significative (p < 0,0001). En fonction de la proximité avec le produit, les réponses à cette «théorie de l'escalade» sont différentes. Ainsi les non consommateurs de cannabis partagent cette théorie à 73% vs 33% chez les consommateurs.

e) Comparaison de la consommation de cannabis par rapport à la perception et aux opinions.

1. Perception de la dangerosité.

	Non consommateur N=263 (70,9%)		Consommateur N=108 (29,1%)		
	N	%	N	%	p**
Le cannabis est dangereux pour la santé:					**<0,0001**
Non	8	3	18	16,7	
Oui	255	97	90	83,3	

**Test du Chi-2 pour les variables qualitatives.
Données LM. Analyse consultation méthodologie et statistiques EEC 30JUIN2014

La différence est statistiquement significative (p < 0,0001). La perception de la dangerosité du cannabis varie selon la proximité avec le produit. Ainsi les patients qui pensent que le cannabis n'est pas dangereux pour la santé sont le plus souvent consommateurs que non consommateurs. Inversement, ceux qui pensent que le cannabis est dangereux pour la santé sont souvent non consommateurs.

- Seuil de dangerosité :

	Non consommateur N=263 (70,9%)		Consommateur N=108 (29,1%)		
	N	%	N	%	p**
Seuil de dangerosité:					**<0,0001**
Dès qu'on essaye	120	47,1	8	8,9	
Dès qu'on en prend de temps en temps	57	22,4	16	17,8	
Dès qu'on en prend toutes les semaines	44	17,3	34	37,8	
Dès qu'on en prend tous les jours	34	13,3	32	35,6	

**Test du Chi-2 pour les variables qualitatives.
Données LM. Analyse consultation méthodologie et statistiques EEC 30JUIN2014

La différence est statistiquement significative (p < 0,0001). Les non consommateurs considèrent à 47% que le cannabis est dangereux pour la santé dès son expérimentation et à 22% dès qu'on en prend de temps en temps alors que pour les consommateurs il est dangereux dès qu'on en prend toutes les semaines à 38% et dès qu'on en prend tous les jours à 36%.

2. Perception du pouvoir addictif.

	Non consommateur N=263 (70,9%)		Consommateur N=108 (29,1%)		
	N	%	N	%	p**
On peut devenir dépendant du cannabis					**<0,0001**
Non	5	1,9	13	12	
Oui	258	98,1	95	88	

**Test du Chi-2 pour les variables qualitatives.
Données LM. Analyse consultation méthodologie et statistiques EEC 30JUIN2014

La différence est statistiquement significative (p < 0,0001).
La perception du pouvoir addictif varie avec la proximité du produit.

- Seuil de dépendance :

	Non consommateur N=263 (70,9%)		Consommateur N=108 (29,1%)		
	N	%	N	%	p**
Seuil de dépendance :					**<0,0001**
Dès qu'on essaye	90	34,9	7	7,4	
Dès qu'on en prend de temps en temps	80	31	18	18,9	
Dès qu'on en prend toutes les semaines	49	19	38	40	
Dès qu'on en prend tous les jours	39	15,1	32	33,7	

**Test du Chi-2 pour les variables qualitatives.
Données LM. Analyse consultation méthodologie et statistiques EEC 30JUIN2014

La différence est statistiquement significative (p < 0,0001). Les non consommateurs considèrent à 35% que l'on peut devenir dépendant du cannabis dès son expérimentation et à 31% dès qu'on en prend de temps en temps alors que pour les consommateurs on peut devenir dépendant dès qu'on en prend toutes les semaines à 40% et dès qu'on en prend tous les jours à 34%.

3. Opinions sur les politiques publiques.

- Opinions sur la légalisation :

	Non consommateur N=263 (70,9%)		Consommateur N=108 (29,1%)		
	N	%	N	%	p**
Le cannabis pourrait être mis en vente libre:					**<0,0001**
Tout à fait d'accord	3	1,1	17	15,7	
Plutôt d'accord	21	8	31	28,7	
Plutôt pas d'accord	48	18,3	27	25	
Pas du tout d'accord	191	72,6	33	30,6	

**Test du Chi-2 pour les variables qualitatives.
Données LM. Analyse consultation méthodologie et statistiques EEC 30JUIN2014

La différence est statistiquement significative ($p < 0,0001$). Les non consommateurs sont opposés à la mise en vente libre du cannabis à 91% alors que les consommateurs ne le sont qu'à seulement 55%.

- Opinions sur la liberté individuelle :

	Non consommateur N=263 (70,9%)		Consommateur N=108 (29,1%)		
	N	%	N	%	p**
L'interdiction du cannabis est une atteinte à la liberté individuelle:					**<0,0001**
Tout à fait d'accord	14	5,3	20	18,5	
Plutôt d'accord	34	12,9	40	37	
Plutôt pas d'accord	44	16,7	21	19,4	
Pas du tout d'accord	171	65	27	25	

**Test du Chi-2 pour les variables qualitatives.
Données LM. Analyse consultation méthodologie et statistiques EEC 30JUIN2014

Les consommateurs sont d'accord à 56% avec le fait que l'interdiction du cannabis est une atteinte à la liberté individuelle alors que les non consommateurs ne sont d'accord qu'à 18%. La différence est statistiquement significative ($p < 0,0001$).

5) Analyse multivariée.

Celle-ci permet de déterminer les facteurs associés à une consommation de cannabis.

Facteurs associés à une consommation de cannabis :

	N	Consommation de cannabis (actuelle ou passée)		Régression bivariée			Régression multivariée**		
		n	% /moy	Odds ratio	IC* 95% Inf*	IC* 95% Sup*	p	Odds ratio	IC* 95% Inf*	IC* 95% Sup*
Sexe							0,1277			
Homme	116	40	34,5	1,4	0,9	2,3				
Femme	255	68	26,7	1						
Age°	371	108	29,1	0,9	0,9	1	<0,0001	0,9	0,9	0,9[a]
Statut socioprofessionnelle							<0,0001			
Actifs	238	78	32,8	1,2	0,6	2,8		1,5	0,4	5,3
Retraités	67	3	4,5	0,1	0	0,5		2,7	0,3	24,9
Etudiants	30	15	50	2,6	0,9	7,3		0,3	0	1,3
Sans profession	32	9	28,1	1				1		
Le cannabis est substance illicite (interdite par la loi) la plus consommée en France							0,1479			
Non	38	15	39,5	1,7	0,8	3,4				
Oui	333	93	27,9	1						
Fumer du cannabis conduit inévitablement à consommer d'autres drogues (exemples : héroïne, cocaïne, etc.)							<0,0001			
Tout à fait d'accord	93	13	14	0,1	0	0,2		0,2	0,1	0,8
Plutôt d'accord	135	23	17	0,1	0,1	0,2		0,2	0,1	0,4
Plutôt pas d'accord	84	35	41,7	0,4	0,2	0,8		0,3	0,1	0,7
Pas du tout d'accord	59	37	62,7	1				1		
Le cannabis est dangereux pour la santé							<0,0001			
Non	26	18	69,2	6,4	2,7	15,2				
Oui	345	90	26,1	1						

	N	Consommation de cannabis (actuelle ou passée)		Régression bivariée			Régression multivariée**		
		n	% /moy	Odds ratio	IC* 95% Inf*	IC* 95% Sup*	p	Odds ratio	IC* 95% Inf*	IC* 95% Sup*
Si le cannabis est considéré comme dangereux, seuil de dangerosité							<0,0001			
Dès qu'on essaye	128	8	6,3	0,1	0	0,2				
Dès qu'on en prend de temps en temps	73	16	21,9	0,3	0,1	0,6				
Dès qu'on en prend toutes les semaines	78	34	43,6	0,8	0,4	1,6				
Dès qu'on en prend tous les jours	66	32	48,5	1						
On peut devenir dépendant du cannabis							0,0001			
Non	18	13	72,2	7,1	2,5	20,3				
Oui	353	95	26,9	1						
Moment où l'on devient dépendant							<0,0001			
Dès qu'on essaye	97	7	7,2	0,1	0	0,2		0,1	0	0,4
Dès qu'on en prend de temps en temps	98	18	18,4	0,3	0,1	0,5		0,2	0,1	0,7
Dès qu'on en prend toutes les semaines	87	38	43,7	0,9	0,5	1,8		1,2	0,5	2,9
Dès qu'on en prend tous les jours	71	32	45,1	1				1		

	N	Consommation de cannabis (actuelle ou passée)		Régression bivariée			Régression multivariée**		
		n	% /moy	Odds ratio	IC* 95% Inf*	IC* 95% Sup*	p	Odds ratio	IC* 95% Inf*	IC* 95% Sup*
Le cannabis pourrait être mis en vente libre au même titre que le tabac ou l'alcool							<0,0001			
Tout à fait d'accord	20	17	85	32,8	9,1	118		6,7	0,9	49,6
Plutôt d'accord	52	31	59,6	8,5	4,4	16,6		7	2,6	18,5
Plutôt pas d'accord	75	27	36	3,3	1,8	5,9		1,6	0,7	3,6
Pas du tout d'accord	224	33	14,7	1				1		
L'interdiction du cannabis est une atteinte à la liberté individuelle							<0,0001			
Tout à fait d'accord	34	20	58,8	9	4,1	20				
Plutôt d'accord	74	40	54,1	7,5	4	13,7				
Plutôt pas d'accord	65	21	32,3	3	1,6	5,8				
Pas du tout d'accord	198	27	13,6	1						

* IC : Intervalle de confiance - Inf : Borne inférieure - Sup : Borne supérieure.

** Seuls les facteurs présentant une association significative au seuil 0.2 en modèle bivarié ont été candidats dans le modèle multivarié (n= 333).
La méthode de sélection des variables Stepwise a été utilisée avec un seuil d'entrée dans le modèle à 0.2 et un seuil de sortie du modèle à 0.05.
Par conséquent, les variables qui n'apparaissent pas dans le modèle multivarié ne répondent pas à ces critères de sélection.

° Les variables quantitatives n'ont pas de modalité de référence. L'odds ratio exprime la variation de risque pour une augmentation de 1 unité de la variable.

a: valeurs de l'intervalle de confiance: 0,865-0,935.

L'Odds ratio est statistiquement significatif si l'IC ne comprend pas le chiffre 1.
Odds ratio = 1 : pas d'effet.
Odds ratio <1 : baisse du risque de consommation.
Odds ratio >1 : augmentation du risque de consommation.

a) Le sexe.

Le sexe masculin ou féminin n'apparait pas dans cette enquête comme un facteur associé à une consommation de cannabis.

b) L'âge.

L'âge moyen des répondants de l'enquête consommateurs de cannabis est de 29,1 ans.
D'après l'analyse mutlivariée, l'âge est associé à la consommation de cannabis. Ainsi pour une augmentation de l'âge de 1 an, la probabilité d'être consommateur de cannabis est 0,9 fois moins élevée. La probabilité de consommer du cannabis baisse avec l'âge.

c) Le statut socioprofessionnel.

En analyse bivariée, la différence de consommation en fonction du statut socioprofessionnel apparaît comme statistiquement significative ($p < 0,0001$) avec une plus grande fréquence de consommation chez les étudiants et les actifs et une plus faible fréquence chez les retraités. Cette différence n'est pas retrouvée en analyse multivariée, seul le statut retraité apparaît comme un facteur protecteur (odds ratio à 0,1).

d) La connaissance.

1. Question n°1 :

Le fait de penser ou non que le cannabis est la substance illicite la plus consommée en France n'est pas un facteur associé à une consommation de cannabis ($p = 0,1479$).

2. Question n°2 : la théorie de l'escalade.

Le fait d'être d'accord avec l'idée que fumer du cannabis conduit inévitablement à consommer d'autres drogues apparaît comme étant lié le plus souvent à une non consommation de cannabis (Odds ratio à 0,2 pour tout à fait d'accord et plutôt d'accord).

e) La perception :

1. Perception et seuil de la dangerosité (question n°3) :

Chez les individus qui considèrent que le cannabis n'est pas dangereux pour la santé, la probabilité d'être consommateur de cannabis est 6,4 fois plus élevée que chez ceux qui considèrent que le cannabis est dangereux pour la santé.

Le fait de considérer le cannabis dangereux pour la santé dès l'expérimentation ou dès qu'on en prend de temps en temps est le plus souvent associé à une non consommation (Odds ratio à 0,1 et 0,3).

2. Perception et seuil du pouvoir addictif (question n° 4) :

Chez les individus qui considèrent que l'on ne peut pas devenir dépendant du cannabis, la probabilité d'être consommateur de cannabis est 7,1 fois plus élevée que chez ceux qui considèrent que l'on peut devenir dépendant.

Le fait de considérer que l'on peut devenir dépendant du cannabis dès l'expérimentation ou dès qu'on en prend de temps en temps est le plus souvent lié à une non consommation (Odds ratio à 0,1 et 0,3).

f) Les opinions sur les politiques publiques.

1. Opinions sur la légalisation (question n°5).

Chez les individus qui sont tout à fait d'accord avec l'idée que le cannabis pourrait être mis en vente libre, la probabilité d'être consommateur de cannabis est 32,8 fois plus élevée que chez ceux qui ne sont pas d'accord (en analyse bivariée)
De même, chez les individus qui sont plutôt d'accord avec l'idée que le cannabis pourrait être mis en vente libre, la probabilité d'être consommateur de cannabis est 8,5 fois plus élevée que chez ceux qui ne sont pas d'accord en analyse bivariée et 7 fois en analyse multivariée.

2. Opinions sur la liberté individuelle (question n°6).

Le fait d'être tout à fait d'accord avec l'idée que l'interdiction du cannabis est une atteinte à la liberté individuelle multiplie par 9 le risque de consommer du cannabis par rapport à ceux qui ne sont pas d'accord.
De même, le fait d'être plutôt d'accord avec l'idée que l'interdiction du cannabis est une atteinte à la liberté individuelle multiplie par 7,5 le risque de consommer du cannabis par rapport à ceux qui ne sont pas d'accord (en analyse bivariée).

TROISIÈME PARTIE : DISCUSSION DES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE. DÉTERMINATION DE CARACTÉRISTIQUES D'UNE POPULATION À RISQUE DE CONSOMMATEURS DE CANNABIS

A. Comparaison par rapport aux données de la littérature.

1) Perception de la consommation de cannabis.

a) La connaissance.

90% des répondants de l'enquête pensent que le cannabis est la substance illicite la plus consommée en France. Dans l'EROPP, à la question « quelles drogues connaissez-vous, ne serait-ce que de nom ? » le cannabis est le plus souvent mentionné (à 86%). (106)
Le cannabis apparaît pour les Français et pour les répondants de l'enquête comme l'une des drogues les plus connues et les plus répandues.
La «théorie de l'escalade» est partagée par 61% des répondants de l'enquête alors que 70% des Français adhère à cette théorie. (106)
Dans les deux cas d'étude (population générale et Médecine Générale), la consommation de cannabis est majoritairement considérée comme une porte d'entrée vers la consommation d'autres drogues alors que toutes les études scientifiques ont réfutées cette hypothèse.

b) La perception de la dangerosité.

Les Français considèrent à 99% que le cannabis est dangereux pour la santé et ceci dès l'expérimentation pour 54% et dès qu'on en prend tous les jours pour 30% (108) alors que seulement 93% des patients de l'enquête pensent que le cannabis est dangereux pour la santé et ceci dès l'expérimentation selon 37% et dès qu'on en prend tous les jours pour 19%. Par rapport à la population générale, les patients de Médecine Générale estiment le cannabis légèrement moins dangereux. Cette perception varie en fonction de la proximité avec le produit. Ainsi les patients qui pensent que le cannabis n'est pas dangereux pour la santé sont le plus souvent consommateurs. Inversement, ceux qui pensent que le cannabis est dangereux pour la santé sont souvent non consommateurs. La perception du seuil de dangerosité varie également en fonction de la proximité avec le cannabis. Ainsi, les personnes qui en ont déjà consommé ou l'ont expérimenté ont tendance à fixer les seuils de dangerosité à un niveau plus élevé.

c) La perception du pouvoir addictif.

95% des répondants de l'enquête pensent que l'on peut devenir dépendant du cannabis et ceci dès qu'on en prend de temps en temps à 28% et dès l'expérimentation à 27% alors qu'en population générale le risque de dépendance dès l'expérimentation est estimé à 38%. (108)
Comme pour la perception de la dangerosité, l'estimation du risque de dépendance du cannabis est moins importante chez les patients de l'enquête que dans la population générale.
Cette perception du pouvoir addictif et de son seuil varie également en fonction de la proximité avec le produit.

d) Opinions sur les politiques publiques.

Même si la perception de la dangerosité et du pouvoir addictif est moins importante chez les patients de notre enquête par rapport à la population générale (108), les pourcentages des répondants de l'enquête et des Français qui ne sont pas d'accord avec le fait que le cannabis pourrait être mis en vente libre sont à peu près identiques (80% en Médecine Générale et 78% en population générale). (108)

Par contre, seulement 29% des répondants de l'enquête sont d'accord avec l'idée que l'interdiction du cannabis est une atteinte à la liberté individuelle alors que 44% des Français le sont. (108)

2) Prévalence de la consommation de cannabis.

29% des répondants de l'enquête ont avoué avoir consommé ou consommer du cannabis. L'expérimentation est le niveau d'usage le plus fréquent à 57%, suivi de l'usage dans l'année à 23%, puis de l'usage quotidien à 15% et enfin de l'usage régulier à 5%.
En population générale, en 2010, parmi les 18-64 ans, environ 1/3 (33%) déclare avoir expérimenté le cannabis (41% d'homme et 25% de femme). L'usage actuel concerne 8% des 18-64 ans (11% des hommes et 5% des femmes) et l'usage au cours du mois est de 4%.
Les patients de l'enquête apparaissent alors légèrement sous consommateurs par rapport à la population générale. (14)

Dans la littérature, la fréquence de la consommation est variable en fonction de l'âge et du sexe. Elle est plus fréquente chez les hommes et chez les jeunes générations. 18% des hommes et 9% des femmes de 18-25 ans sont des usagers récents, 9% des hommes et 4% des femmes sont des usagers réguliers. (14)
Par contre, dans notre étude, la différence de fréquence de la consommation de cannabis en fonction du sexe n'est pas statistiquement significative. Ceci est probablement lié au fait que la majorité des répondants de l'enquête sont des femmes (à 69%). Par contre, les niveaux d'usage sont (comme en population générale) différents en fonction du sexe et de l'âge. L'expérimentation est le niveau d'usage le plus fréquent. La fréquence des usages diminue avec l'âge. Les 18-25 ans sont plus consommateurs que non consommateurs et les 26-34 ans sont autant l'un que l'autre. Par contre à partir de 45 ans, on retrouve peu de consommateurs. De plus, les femmes apparaissent plus expérimentatrices que les hommes mais ont un usage régulier et quotidien moins importants que ceux-ci.
Le risque d'usage problématique apparaît plus élevé chez les 18-25 ans et chez les plus de 65 ans.
L'âge moyen de la première consommation est de 17,7 ans avec un écart-type de 5,7.
Le type d'usage le plus fréquent est l'usage festif (à 74%).
Les substances associées au cannabis sont surtout le tabac et l'alcool.
10% des consommateurs de cannabis de l'enquête ont un risque élevé d'usage problématique et 8% ont un risque très élevé. Les risques d'usages problématiques (score CAST > ou = à 2) semblent plus élevés chez les hommes que chez les femmes (30% vs 12%) mais la différence n'est pas statistiquement significative ($p = 0,0582$). Le manque de puissance est probablement dû à un faible effectif de consommateurs.

En population générale ou dans l'enquête réalisée en Médecine Générale, la fréquence de la consommation est variable en fonction du statut professionnel. (16)
Dans notre enquête, la consommation apparaît alors plus importante chez les étudiants, puis les actifs puis les personnes sans profession.

De façon assez surprenante les actifs ont ici une forte consommation, ce qui est probablement lié au fait qu'il s'agisse de la CSP la plus représentée dans notre étude (à 64%). Par contre, les retraités sont faiblement consommateurs.
Dans notre étude, la différence du niveau d'usage en fonction de la CSP n'est pas statistiquement significative alors qu'en population générale, les chômeurs ont un niveau d'expérimentation identique aux étudiants mais ont moins d'usages fréquents.

B. Biais et limites de l'étude.

Dans la littérature il existe peu de données concernant le dépistage de l'usage de cannabis ou de situations à risque de consommation de cannabis en Médecine Générale basé sur les caractéristiques et les représentations sociales, ce qui renforce l'intérêt de cette étude. Toutefois, celle-ci comporte quelques biais et limites :

1) Nombre de questionnaires obtenu.

Sur une période de plus de 2 mois, 402 questionnaires ont été récupérés. Ce nombre de questionnaire apparaît acceptable et satisfaisant pour la réalisation de l'enquête mais on pouvait s'attendre à un nombre de questionnaires plus important.

2) Compréhension du questionnaire de la part des répondants.

Il y a probablement eu de la part des répondants des difficultés de compréhension de la question relative à la dangerosité du cannabis sur la santé (question n°3). Les termes médicaux employés n'ont peut être pas été compris et semblent plus adaptés aux professionnels de santé. Ainsi les réponses aux questions relatives aux risques somatiques ont été les moins concordantes. Ces réponses n'ont donc pas été prises en compte pour l'analyse.

3) Géographie de la distribution des questionnaires.

L'enquête a été réalisée dans 5 cabinets situés tous en Meurthe-et-Moselle et en milieu urbain ou semi-rural hors la consommation de cannabis peut varier en fonction de la géographie. De plus sur ces cabinets choisis pour l'enquête, un médecin était spécialiste en addictologie et recevait des patients pour la prise en charge et le suivi de leur addiction.
Les patients ne sont pas forcément représentatifs de la population de Médecine Générale. Il est alors difficile d'extrapoler les résultats à l'ensemble de la patientèle de Médecine Générale.

4) Critères d'inclusion.

Pour des raisons éthiques et de faisabilité de l'enquête, cette étude n'a pas concerné les moins de 18 ans. Hors il aurait été intéressant d'extrapoler celle-ci au moins de 18 ans. Le cannabis étant la première substance illicite consommée par les adolescents et celui-ci posant un véritable problème de santé publique (109) (110), le dépistage précoce de situations à risque de consommation de cannabis devrait s'appliquer dès l'adolescence afin de pouvoir intervenir en terme de prévention.

5) Caractéristiques des répondants de l'enquête.

Les répondants de l'enquête sont majoritairement des femmes (à 69%), les 18-25 ans et les plus de 65 ans sont les moins représentés et les actifs sont la CSP la plus représentée ce qui constituent un biais de sélection. De plus, l'effectif des consommateurs de cannabis après 55 ans est faible pour permettre de faire des comparaisons (faible puissance).

6) Lieu de l'enquête.

Même si cette étude est anonyme, elle s'est déroulée dans le cabinet de Médecine Générale où exerçait dans la majorité des cas le médecin traitant du patient, ce qui a pu peut être influencé les réponses en ce qui concerne leur consommation. Leur consommation a alors pu être sous évaluée en raison de la connotation négative du cannabis. (Sous-consommation des répondants de l'enquête par rapport à la population générale)

C. Détermination de caractéristiques d'une population à risque de consommateurs de cannabis/ Perspectives.

1) Les caractéristiques et les représentations sociales liées à la consommation de cannabis.

a) Le sexe.

On peut considérer que le sexe masculin est un facteur de risque de la consommation de cannabis (facteur retrouvé dans les données de la littérature). (13) (14)
La différence de consommation en fonction du sexe n'est pas statistiquement significative dans notre étude mais ceci est probablement lié au biais de sélection.

b) L'âge.

L'âge jeune (et surtout les moins de 45 ans) est un facteur de risque de consommation de cannabis. L'âge avancé est un facteur protecteur. Plus l'âge avance et moins le risque de consommer du cannabis est important. Dans la littérature, la tranche d'âge 18-25 ans est associée à une fréquence de consommation de cannabis plus élevée que pour les autres tranches d'âge. (13) (14)

c) Le statut socioprofessionnel.

Dans cette enquête, le fait d'être retraité apparaît comme un facteur protecteur de la consommation de cannabis. Les autres statuts socioprofessionnels n'apparaissent pas comme étant des facteurs protecteurs ou des facteurs de risque de consommation, même si en analyse bivariée les étudiants apparaissent les plus consommateurs.

d) La connaissance.

Le fait d'être d'accord avec la «théorie de l'escalade» apparaît comme étant le plus souvent lié à une non consommation de cannabis.

e) La perception de la dangerosité.

Le fait de penser que le cannabis n'est pas dangereux pour la santé augmente la probabilité de consommer du cannabis. A l'inverse, le fait de penser qu'il est dangereux dès qu'on essaye ou dès qu'on en prend de temps en temps est associé le plus fréquemment à une non consommation.

f) La perception du pouvoir addictif.

Le fait de considérer que l'on ne peut pas devenir dépendant du cannabis augmente la probabilité de consommer. Par contre, le fait de penser que l'on peut devenir dépendant dès qu'on essaye ou dès qu'on en prend de temps en temps diminue celle-ci.

g) Les opinions sur les politiques publiques.

Le fait d'être d'accord avec l'idée que le cannabis pourrait être mis en vente libre et que son interdiction est une atteinte à la liberté individuelle augmente la probabilité de consommer.

Résumé des caractéristiques et des représentations sociales liées à la consommation de cannabis :

Augmentation de la probabilité de consommer	Baisse de la probabilité de consommer
Sexe masculin	
Age jeune (<45 ans)	Age avancé (≥45ans)
	Retraité
	«Théorie de l'escalade» : Tout à fait d'accord, plutôt d'accord
Le cannabis est dangereux pour la santé ? Non	Le cannabis est dangereux pour la santé ? Oui, dès qu'on essaye ou dès qu'on en prend de temps en temps
On peut devenir dépendant du cannabis ? Non	On peut devenir dépendant du cannabis ? Oui, dès qu'on essaye ou dès qu'on en prend de temps en temps.
Le cannabis pourrait être mis en vente libre au même titre que le tabac ou l'alcool ? Tout à fait d'accord, plutôt d'accord	
L'interdiction du cannabis est une atteinte à la liberté individuelle ? Tout à fait d'accord, plutôt d'accord	

2) Les perspectives.

Les enquêtes Baromètre Santé médecins généralistes réalisées par l'INPES tous les 5 ans depuis plus d'une vingtaine d'années (101) permettent d'avoir une indication sur les perceptions et les comportements des médecins généralistes en matière de prise en charge des problèmes d'addiction. Les médecins généralistes participent activement à l'effort de prévention et d'éducation pour la santé dans le domaine des addictions ainsi qu'à la prise en charge des usagers de drogues. Près des deux tiers des médecins généralistes déclarent avoir au moins une fois, avec chaque patient, abordé la question de la consommation de tabac alors que pour l'alcool et le cannabis, le repérage est moins systématique : environ 70 % déclarent n'aborder la question que pour certains patients « jugés à risque ». Pour le cannabis, ils sont même un quart à ne jamais l'aborder, ou alors seulement à la demande du patient. (Annexe 25)
De plus, l'estimation des patients « jugés à risque » reste subjective.
L'utilisation de questionnaires standardisés de repérage des consommations de cannabis (CAST, CAGE) reste marginale et concerne seulement 2 % des médecins généralistes. (101)
12,7 % des généralistes déclarent ne pas se sentir concernés par les problèmes liés à la consommation de cannabis. (101)
Ceci montre bien qu'il est parfois difficile pour le médecin généraliste d'aborder de façon directe la question de la consommation de cannabis avec ses patients.
La pratique de prise en charge des usagers de cannabis problématiques apparaît particulièrement liée à la propension du médecin à aborder la question du cannabis de sa propre initiative, sans attendre une éventuelle demande du patient.

Cette constatation montre tout l'intérêt du repérage précoce et de l'intervention brève pour ouvrir le dialogue sur la consommation de cannabis. (111) (112)
Plutôt que d'aborder directement la question de la consommation de cannabis en consultation, il serait peut être alors plus simple d'utiliser un questionnaire permettant de repérer des patients à risque de consommer. Les caractéristiques et les représentations sociales à prendre en compte seraient : le sexe, l'âge, le statut socio-professionnel, la question portant sur la « théorie de l'escalade », la perception de la dangerosité, la perception du pouvoir addictif et les opinions sur les politiques publiques. (Annexe 26)
Les réponses aux questions portant sur la perception permettent alors d'avoir une idée de la proximité du répondant avec le produit (puisque la perception varie avec la proximité du produit et inversement). L'estimation des patients « jugés à risque » serait alors plus objective.
L'intérêt serait de pouvoir utiliser un questionnaire en Médecine Générale au cours de la consultation permettant de dépister un usage de la consommation de cannabis basé sur les caractéristiques et les représentations sociales liées à cette consommation.
Il serait intéressant de pouvoir quantifier le risque global du patient à consommer du cannabis (en fonction des réponses obtenues au questionnaire) et ainsi de définir si le patient est plus ou moins à risque de consommer. Par exemple: « pas de risque », « risque faible », « risque modéré » et « risque élevé ». La prise en charge et la conduite à tenir par le médecin généraliste seraient alors différentes en fonction du risque estimé. Ce travail pourrait faire l'objet d'une autre thèse.
Le but serait alors de pouvoir intervenir en prévention primaire et secondaire dans cette population à risque afin d'agir en amont d'un usage problématique.

a) Prévention primaire.

Chez les patients « jugés à risque » (par l'intermédiaire du questionnaire), le médecin pourrait alors au cours de la consultation délivrer des messages d'information sur le cannabis, sur ses effets, ses risques et ses conséquences. Ces messages auraient pour objectif d'apporter une information précise et juste sur le cannabis (et notamment sur sa dangerosité et son risque de dépendance) et de dissuader les patients de commencer à consommer.

b) Prévention secondaire.

Le but est d'intervenir chez les patients consommateurs de cannabis pour empêcher le passage vers un usage problématique ou vers la dépendance. Plus le dépistage précoce d'une consommation aura lieu tôt meilleure sera la prise en charge.
De même, des messages d'information pourraient être délivrés aux familles des patients consommateurs de cannabis pour apporter des données justes et parfois des messages rassurants pour l'entourage. Par exemple, que le fait de consommer du cannabis ne conduit pas inévitablement à consommer d'autres drogues (contrairement aux idées reçues).

CONCLUSION

Dans la première partie de ce travail, nous avons rappelé que la consommation de cannabis reste un problème majeur de santé publique de par sa prévalence et ses conséquences. La dangerosité de la consommation de cannabis justifie un dépistage précoce. Les médecins généralistes semblent alors être les mieux placés pour détecter les patients consommateurs ou à risque de consommer du cannabis. Hors il est parfois difficile pour celui-ci d'aborder de façon directe la question de la consommation de cannabis avec son patient au cours de la consultation. Les outils standardisés existants actuellement (CAST, CAGE, SDS…) sont essentiellement destinés à repérer les usages problématiques hors il serait intéressant d'utiliser un questionnaire qui permettrait de repérer les patients à risque de consommer par l'intermédiaire de questions indirectes. La plupart des études actuelles concernant le cannabis étant réalisée en population générale (hors lieu de soins), il paraissait alors intéressant d'évaluer cette problématique chez la patientèle consultant en Médecine Générale.

L'objectif de ce travail était d'évaluer la prévalence et la perception de la consommation de cannabis par les patients consultants le médecin généraliste afin de déterminer les caractéristiques d'une population à risque de consommer.
Les réponses obtenues à cette enquête sont quelque peu différentes de celles obtenues en population générale.
Le cannabis apparaît alors pour la plupart des répondants comme une substance dangereuse et à risque de dépendance même si ce risque est légèrement sous-estimé par rapport aux données de la littérature. Les répondants de l'enquête apparaissent légèrement sous consommateurs par rapport à la population générale. Les perceptions ainsi que les opinions sur les politiques publiques varient en fonction de la proximité du répondant avec le produit.
Cette étude a permis de dégager un certain nombre d'items (le sexe, l'âge, le statut socio-professionnel, les réponses aux questions portant sur la « théorie de l'escalade », la perception de la dangerosité, la perception du pouvoir addictif et les opinions sur les politiques publiques) permettant de dépister un usage de consommation de cannabis basé sur les caractéristiques et les représentations sociales liées à la consommation chez les patients consultants en Médecine Générale.

L'identification de ces facteurs est un premier élément pertinent qui pourrait servir de base à l'élaboration d'une autre étude.
Les perspectives seraient de pouvoir utiliser un questionnaire en Médecine Générale permettant de définir si le patient est à risque ou non de consommer du cannabis. En fonction des réponses obtenues au questionnaire, le risque global du patient à consommer du cannabis pourrait être estimé. En fonction du niveau de risque estimé, la prise en charge préventive exercée par le médecin généraliste serait alors différente et plus ciblée.

BIBLIOGRAPHIE

(1) BECK François, GUIGNARD Romain, RICHARD Jean-Baptiste *et al.* Exploitation des données du Baromètre santé 2010 relatives aux pratiques d'usage de substances psychoactives en population adulte. Tendances, OFDT, Juin 2011, n° 76, 6p.

(2) COSTES Jean-Michel, LENEZET Olivier, SPILKA Stanislas *et al.* Dix ans d'évolution des perceptions et des opinions des Français sur les drogues (1999-2008). Tendances, OFDT, Août 2010, n°71, 6p.

(3) CADET-TAIROU A., LOPEZ D., MARTINEAU H., *et al.* Drogues et dépendances, données essentielles. Paris, OFDT, 2005, p 10.

(4) OMS. Classification internationale des maladies. CIM 10. Paris, Masson, 1993.

(5) American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical Manual of Psychiatric Disorders. DSM IV Revisited. Washington, American Publishing 1994.

(6) BECK F., LEGLEYE S., OBRADOVIC I. De l'observation des usages à la mesure de l'usage problématique de cannabis. Eléments de comparaisons internationales. L'usage problématique de cannabis : Toxibase-Crips, Revue Toxibase n°12, Lettre du Crips n°70, 2004, pp 8-18.

(7) OEDT. Rapport annuel sur l'état du phénomène de la drogue dans l'union européenne et en Norvège, 2002.

(8) BECK F., LEGLEYE S., PERETTI-WATEL P. Alcool, tabac, cannabis et autres drogues illicites parmi les élèves de collège et de lycée. OFDT-INSERM, 2002, 225 p.

(9) HIBBEL B. *et al*. The 1999 ESPAD report: alcohol and other drug use among students in 30 European countries. Stockholm, CAN, 2000, 362 p.

(10) ESCAPAD 2000, 2002, 2003, 2005, 2008, 2011: Enquête sur la santé et les consommations de produits licites ou illicites lors de la journée Défense et Citoyenneté (OFDT/Direction central du service national. DSCN).

(11) ESPAD 2003, 2007: European School Survey Project on Alcohol and other Drugs (Swedish council for information on alcohol and Other Drugs-CAN/ Institut national de la santé et de la recherche médicale- INSERM-U472/ OFDT/ministère d'Education nationale, de la jeunesse et de la vie associative).

(12) Baromètre santé 2005, 2010 (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé-INPES), exploitation OFDT.

(13) Baromètre santé 2010 (INPES), OFDT.

(14) Exploitation des données du Baromètre santé 2010 relatives aux pratiques d'usage de substances psychoactives en population adulte. Tendances n°76, juin 2011.

(15) Publication OFDT : consommation de cannabis. Niveaux, évolution, géographie.

(16) BECK F, LEGLEYE S, SPILKA S. Niveaux d'usage et profils des usagers en France en 2005. In : JM Costes. Cannabis, données essentielles Saint-Denis, OFDT, 2007, pp 20-29.

(17) BELLO PY, PLANCKE L, CAGNI G *et al*. Les usagers fréquents de cannabis, éléments descriptifs, France, 2004. BEH, 2005, pp 89-91.

(18) CHOQUET M, BECK F, HASSLER F *et al*. Les substances psychoactives chez les collégiens et lycéens : consommations en 2003 et évolutions depuis dix ans. Tendances, 2004, 6p.

(19) BECK F., LEGLEYE S., SPILKA S., « les drogues à 17 ans. Evolutions, contextes d'usages et prises de risque. Résultats de l'enquête nationale ESCAPAD 2005». Tendances n°49, 2006, 6p.

(20) 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, Saint-Denis, OFDT, 2004, 251p.

(21) Législations relatives à l'usage et à la détention de cannabis : définitions et état des lieux en Europe. OFDT. Note n° 2011-19, St Denis, le 24 Octobre 2011 (mise à jour le 17 janvier 2013), 9p.

(22) Groupe SAM, *et al*. Stupéfiants et accidents mortels de la circulation routière (projet SAM). Synthèse des principaux résultats. OFDT, Saint-Denis, 2005, 39p.

(23) VAN ELSLANDE P., JAFFARD M., FOURNIER J.Y., *et al*. Stupéfiants et accidents mortels (projet SAM) : Analyse accidentologique des défaillances de conduite sous l'influence de l'alcool et/ou du cannabis. OFDT, Saint-Denis, 2011, 67p.

(24) LAUMON B., *et al*. «Cannabis intoxication and fatal road crashes in France: population based case-control study». British Medical Journal, 331, 2005, p 1371-4.

(25) Risques, conséquences et effets liés aux usages de cannabis. Cannabis, Données essentielles. OFDT, Saint-Denis, 2006, pp 88-109.

(26) ARYANA A., WILLIAMS M.A., « Marijuana as a trigger of cardiovascular events: speculation or scientific certainty? » International Journal of Cardiology, vol.118, n°2, 2007, pp 141-144.

(27) BACHS L., MORLAND H., « Acute cardiovascular fatalities following cannabis use », Forensic Science International, vol.124, n°2-3, 2001, pp 200-203.

(28) CULIC V., « Acute risk factors for myocardial infarction », International Journal of Cardiology, vol.117, n°2, 2007, pp 260-269.

(29) HERNING R.I., *et al.*, « Marijuana abusers are at increased risk for stroke. Preliminary evidence from cerebrovascular perfusion data », Annals of the New York Academy of Sciences, vol.939, 2001, pp 413-415.

(30) MATHEW R.J., WILSON W.H., DAVIS R., « Postural syncope after marijuana: a transcranial Doppler study of the hemodynamics », Pharmacology, Biochemistry and Behavior, vol.75, n°2, 2003, pp 309-318.

(31) INSERM, Cannabis : quels effets sur le comportement et la santé ?, Paris, INSERM, coll. « Expertise collective », 2001, 429 p.

(32) MEHRA R., *et al.*, «The association between marijuana smoking and lung cancer: a systematic review », Archives of Internal Medicine, vol.166, n°13, 2006, pp 1359-1367.

(33) SASCO A., BESSON H., RENAUDIER P, « Cannabis et cancer du poumon », Croissance, vol.25, 2003, pp 39-44.

(34) FUNG M., GALLAGHER C., MACHTAY M., « Lung and aero-digestive cancers in young marijuana smokers », Tumori, vol.85, n°2, 1999, pp 140-142.

(35) BERTHILLER J., *et al.*, « Cannabis use and risk of lung cancer in men: a pooled analysis of three studies in Maghreb », (à paraître).

(36) SASCO A.J., *et al.*, « A case-control study of lung cancer in Casablanca, Morocco », Cancer Causes and Control, vol.13, n°7, 2002, pp 609-616.

(37) VOIRIN N., *et al.*, « Risk of lung cancer and past use of cannabis in Tunisia », Journal of Thoracic Oncology vol. 1, n°6, 2006, pp 577-579.

(38) DONALD P., « Marijuana and upper aerodigestive tract malignancy in young patients », Advances in the Biosciences, vol.80, 1991, pp 39-54.

(39) CHACKO J.A., *et al.*, « Association between marijuana use and transitional cell carcinoma », Urology, vol.67, n°1, 2006, pp 100-104.

(40) SIDNEY S., *et al.*, « Marijuana use and cancer incidence (California, United States) », Cancer Causes and Control, vol.8, n°5, 1997, pp 722-728.

(41) EFIRD J.T., *et al.*, « The risk for malignant primary adult-onset glioma in a large, multiethnic, managed-care cohort: cigarette smoking and other lifestyle behaviors », Journal of Neuro-oncology, vol.68, n°1, 2004, pp 57-69.

(42) HOLLY E.A., et al., « Case-control study of non-Hodgkin's lymphoma among women and heterosexual men in the San Francisco Bay Area, California », American Journal of Epidemiology, vol.150, n°4, 1999, pp 375-389.

(43) SAUVANIER M., *et al.*, « Les artériopathies des membres inférieurs débutant avant 50 ans. Analyse rétrospective de 73 patients », Journal des Maladies Vasculaires, vol.27, n°2, 2002, pp 69-76.

(44) MOORE B.A., *et al.*, « Respiratory effects of marijuana and tobacco use in a US Sample », Journal of General Internal Medicine, vol.20, 2004, pp 1-5.

(45) TASHKIN D.P., « Smoked marijuana as a cause of lung injury », Monaldi Archives for Chest Disease, vol.63, n°2, 2005, pp 93-100.

(46) TAYLOR D.R., HALL W., « Respiratory health effects of cannabis: position statement of the Thoracic Society of Australia and New Zealand », Internal Medicine Journal, vol.33, n°7, 2003, pp 310-313.

(47) TETRAULT J.M., *et al.*, « Effects of marijuana smoking on pulmonary function and respiratory complications: a systematic review », Archives of Internal Medicine, vol.167, n°3, 2007, pp 221-228.

(48) BRODBECK J., MATTER M., MOGGI F., « Association between cannabis use and sexual risk behavior among young heterosexual adults », AIDS and Behavior, vol.10, n°5, 2006, pp 599-605.

(49) CLUTTERBUCK D.J., *et al.*, « Substance use and unsafe sex amongst homosexual men in Edinburgh », AIDS Care, vol.13, n°4, 2001, pp 527-535.

(50) FERNANDEZ M.I., *et al.*, « Predictors of HIV risk among Hispanic farm workers in South Florida: women are at higher risk than men », AIDS and Behavior, vol.8, n°2, 2004, pp 165-174.

(51) SIMBAYI L.C., *et al.*, « Risk factors for HIV-AIDS among youth in Cape Town, South Africa », AIDS and Behavior, vol.9, n°1, 2005, pp 53-61.
.
(52) STEPHENS T.T., SPRAUVE N.E., « Self-reported anal sex practice and sexual risk-taking after marijuana use among a sample of Georgia inmates », International Journal of STD and AIDS, vol.17, n°7, 2006, pp 463-466.

(53) WEBER A.E., *et al.*, « Risk factors associated with HIV infection among young gay and bisexual men in Canada », Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, vol.28, n°1, 2001, pp 81-88.

(54) FRIEDMAN H., PROSS S., KLEIN T.W., « Addictive drugs and their relationship with infectious diseases », FEMS Immunology and Medical Microbiology, vol.47, 2006, pp 330-342.

(55) SPECTER S., « Drugs of abuse and infectious diseases », Journal of the Florida Medical Association, vol.81, n°7, 1994, pp 485-487.

(56) DE SANJOSE S., *et al.*, « Cervical human papillomavirus infection in the female population in Barcelona, Spain », Sexually Transmitted Diseases, vol.30, n°10, 2003, pp 788-793.

(57) JOESOEF M.R., MOSURE D.J., « Prevalence of chlamydia in young men in the United States from newly implemented universal screening in a national job training program », Sexually Transmitted Diseases, vol.33, n°10, 2006, pp 636-639.

(58) LIAU A., *et al.*, « Associations between biologically confirmed marijuana use and laboratory-confirmed sexually transmitted diseases among African American adolescent females », Sexually Transmitted Diseases, vol.29, n°7, 2002, pp 387-390.

(59) BEIGI R.H., *et al.*, « Vaginal yeast colonization in nonpregnant women: a longitudinal study », Obstetrics and Gynecology, vol.104, n°5 Pt 1, 2004, pp 926-930.

(60) DARLING M.R., ARENDORF T.M., COLDREY N.A., « Effect of cannabis use on oral candidal carriage », Journal of Oral Pathology and Medicine, vol.17, n°7, 1990, pp 319-321.

(61) COATES R.A., *et al.*, « Cofactors of progression to acquired immunodeficiency syndrome in a cohort of male sexual contacts of men with human immunodeficiency virus disease », American Journal of Epidemiology, vol.132, n°4, 1990, pp 717-722.

(62) DI FRANCO M.J., *et al.*, « The lack of association of marijuana and other recreational drugs with progression to AIDS in the San Francisco Men's Health Study », *Annals of Epidemiology*, vol.6, n°4, 1996, pp 283-289.

(63) MUNCKHOF W.J., *et al.*, « A cluster of tuberculosis associated with use of a marijuana water pipe », International Journal of Tuberculosis and Lung Disease vol.7, n°9, 2003, pp 860-865.

(64) TAYLOR D.N., *et al.*, « Salmonellosis associated with marijuana: a multistate outbreak traced by plasmid fingerprinting », New England Journal of Medicine, vol.306, n°21, 1982, pp 1249-1253.

(65) HÉZODE C., *et al.*, « Daily cannabis smoking as a risk factor for progression of fibrosis in chronic hepatitis C », Hepatology, vol.42, n°1, 2005, pp 63-71.

(66) BORINI P., GUIMARAES R.C., BORINI S.B., « Possible hepatotoxicity of chronic marijuana usage », São Paulo Medical Journal, vol.122, n°3, 2004, pp 110-116.

(67) VESCOVI P.P., *et al.*, « Chronic effects of marihuana smoking on luteinizing hormone, follicle-stimulating hormone and prolactin levels in human males », Drug and Alcohol Dependence, vol.30, n°1, 1992, pp 59-63.

(68) MENDELSON J.H., *et al.*, «Marihuana smoking suppresses luteinizing hormone in women », Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics, vol.237, n°3, 1986, pp 862-866.

(69) BLOCK R.I., FARINPOUR R., SCHLECHTE J.A., « Effects of chronic marijuana use on testosterone, luteinizing hormone, follicle stimulating hormone, prolactin and cortisol in men and women », Drug and Alcohol Dependence, vol.28, 1991, pp 121-128.

(70) BRAUSTEIN G.D., *et al.*, « Pregnancy hormone concentrations in marijuana users », Life Sciences, vol.33, n°2, 1983, pp 195-199.

(71) LEE S.Y., *et al.*, « Antiestrogenic effects of marijuana smoke condensate and cannabinoid compounds », Archives of Pharmacal Research, vol.28, n°12, 2005, pp 1365-1375.

(72) HOLT V.L., CUSHING-HAUGEN K.L., DALING J.R., « Risk of functional ovarian cyst: effects of smoking and marijuana use according to body mass index », American Journal of Epidemiology, vol.161, n°6, 2005, pp 520-525.

(73) BUCK G.M., *et al.*, « Life-style factors and female infertility », Epidemiology, vol.8, n°4, 1997, pp 435-441.

(74) MUELLER B.A., *et al.*, « Recreational drug use and the risk of primary infertility », Epidemiology, vol.1, n°3, 1990, pp 195-200.

(75) HEMBREE W.C., *et al.*, « Changes in human spermatozoa associated with high dose marihuana smoking », Advances in the Biosciences, vol.80, 1991, pp 67-78.

(76) SCHUEL H., *et al.*, « Evidence that anandamide-signaling regulates human sperm functions required for fertilization », Molecular Reproduction and Development, vol.63, n°3, 2002, pp 376-387.

(77) WHAN L.B., *et al.*, « Effects of delta-9-tetrahydrocannabinol, the primary psychoactive cannabinoid in marijuana, on human sperm function in vitro », Fertility and Sterility, vol.85, n°3, 2006, pp 653-660.

(78) DAY N.L., RICHARDSON G.A., « Prenatal marijuana use: epidemiology, methodologic issues, and infant outcome », Clinics in Perinatology, vol.18, n°1, 1991, pp 77- 91.

(79) ENGLISH D.R., *et al.*, « Maternal cannabis use and birth weight: a meta-analysis », Addiction, vol.92, n°11, 1997, pp 1553-1560.

(80) FERGUSSON D.M., HORWOOD L.J., NORTHSTONE K., «Maternal use of cannabis and pregnancy outcome », *BJOG:* an International Journal of Obstetrics and Gynaecology, vol.109, n°1, 2002, pp 21-27.

(81) SHIONO P.H., *et al.*, « The impact of cocaine and marijuana use on low birth weight and preterm birth : a multicenter study », American Journal of Obstetrics and Gynecology, vol.175, n°1 pt 1, 1995, pp 19-27.

(82) GREENLAND S., *et al.*, « The effects of marijuana use during pregnancy. I. A preliminary epidemiologic study », American Journal of Obstetrics and Gynecology, vol.143, n°4, 1982, pp 408-413.

(83) GREENLAND S., RICHWALD G.A., HONDA G.D., « The effects of marijuana use during pregnancy. II. A study in a low-risk home-delivery population », Drug and Alcohol Dependence, vol.11, n°3-4, 1983, pp 359-366.

(84) FRIED P.A., WATKINSON B., WILLAN A., « Marijuana use during pregnancy and decreased length of gestation », American Journal of Obstetrics and Gynecology, vol.150, n°1, 1984, pp 23-27.

(85) GIBSON G.T., BAGHURST P.A., COLLEY D.P., « Maternal alcohol, tobacco and cannabis consumption and the outcome of pregnancy », Australian & New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology, vol.23, n°1, 1983, pp 15-19.

(86) HINGSON R., *et al.*, « Effects of maternal drinking and marijuana use on fetal growth and development », Pediatrics, vol.70, n°4, 1982, pp 539-546.

(87) THOMPSON J.M., *et al.*, « Risk factors for small for gestational age infants: a New Zealand study. New Zealand Cot Death Study Group », New Zealand Medical Journal, vol.107, n°973, 1994, pp 71-73.

(88) STEINBERGER E.K., FERENCZ C., LOFFREDO C.A., « Infants with single ventricle: a populationbased epidemiological study », Teratology, vol.65, n°3, 2002, pp 106-115.

(89) WILLIAMS L.J., CORREA A., RASMUSSEN S., « Maternal lifestyle factors and risk for ventricular septal defects », Birth Defects Research. Part A: Clinical and Molecular Teratology, vol.70, n°2, 2004, pp 59-64.

(90) TORFS C.P., *et al.*, « A population-based study of gastroschisis: demographic, pregnancy, and lifestyle risk factors », Teratology, vol.50, n°1, 1994, pp 44-53.

(91) KLONOFF-COHEN H., LAM-KRUGLICK P., « Maternal and paternal recreational drug use and sudden infant death syndrome », Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, vol.155, n°7, 2001, pp 765-770.

(92) SCRAGG R.K., *et al.*, « Maternal cannabis use in the sudden death syndrome », Acta Paediatrica, vol.90, n°1, 2001, pp 57-60.

(93) FRIED P.A., JAMES D.S., WATKINSON B., « Growth and pubertal milestones during adolescence in offspring prenatally exposed to cigarettes and marihuana », Neurotoxicology and Teratology, vol.23, n°5, 2001, pp 431-436.

(94) OSTREA E.M.J., OSTREA A.R., SIMPSON P.M., « Mortality within the first 2 years in infants exposed to cocaine, opiate, or cannabinoid during gestation », Pediatrics, vol.100, n°1, 1997, pp 79-83.

(95) KWAN M.L., *et al.*, « Maternal illness and drug/medication use during the period surrounding pregnancy and risk of childhood leukemia among offspring », American Journal of Epidemiology, vol.165, n°1, 2007, pp 27-35.

(96) BLUHM E.C., *et al.*, « Maternal use of recreational drugs and neuroblastoma in offspring: a report from the Children's Oncology Group (United States) », Cancer Causes and Control, vol.17, n°5, 2006, pp 663-669.

(97) KUIJTEN R.R., *et al.*, « Gestational and familial risk factors for childhood astrocytoma: results of a case-control study », Cancer Research, vol.50, n°9, 1990, pp 2608-2612.

(98) GRUFFERMAN S., *et al.*, « Parents' use of cocaine and marijuana and increased risk of rhabdomyosarcoma in their children », Cancer Causes and Control, vol.4, n°3, 1993, pp 217-224.

(99) ANGEL P., RICHARD D., VALLEUR M., *et al.* Toxicomanies. 2ème Edition. Paris, Masson, 2005, pp 117-120.

(100) PALLE C., RATTANATRAY M. Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, situation en 2010 et évolution entre 2005 et 2010. OFDT/DGS, Saint-Denis, 2013, 89p.

(101) GUIGNARD R., BECK F., OBRADOVIC I. Prise en charge des addictions par les médecins généralistes, in Gautier A. (dir.), Baromètre santé médecins généralistes 2009. INPES, Saint-Denis, 2011, pp 177-201.

(102) Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants (OCRTIS), données 2010 à 2012 non publiées.

(103) BELLO P.-Y., *et al.* Les usagers fréquents de cannabis, éléments descriptifs. BEH n°20, InVS, 2005, pp 89-91.

(104) Usage problématique de cannabis. Revue de la littérature internationale. OFDT/Fédération Addiction, 2013, 69p.

(105) LE NEZET O., «Cannabis» dans Drogues et addictions, données essentielles. OFDT, Saint-Denis, 2013, pp 214-225.

(106) OFDT, « Perceptions et opinions des Français sur les drogues en 2013. Enquête EROPP », Tendances n°88, Octobre 2013, 6p.

(107) COSTES J.M., LAFFITEAU C., LE NEZET O. et SPILKA S., Premiers résultats concernant l'évolution de l'opinion et la perception des Français sur les drogues (1999-2008), Saint-Denis, OFDT, 2010, 5p.

(108) TOVAR M.L., ADES J.E., BASTIANIC T., «Opinions et perceptions sur les drogues» dans OFDT, Drogues et addictions, données essentielles. OFDT, Saint-Denis, 2013, pp 46-52.

(109) SPILKA S., LE NEZET O., BECK F., *et al.* « Tabac, alcool et cannabis durant les années collège ». Tendances n°80, 2012, 6p.

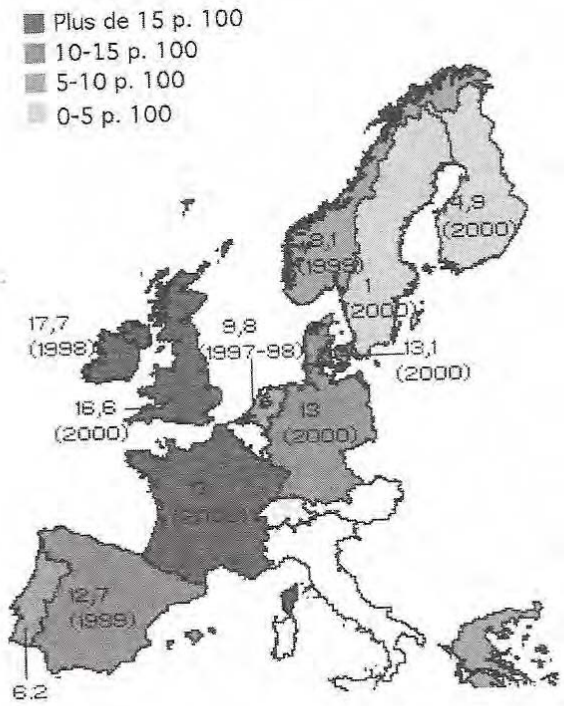
(110) CURRIE C., ZANOTTI C., MORGAN A., *et al.* Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey, Copenhague (Danemark). 2009/10 International Report.

(111) REYNAUD M., COSTES J.-M., BECK F., *et al*. Cannabis : l'approche doit être scientifique. La Revue du praticien, 2005, vol. 55, n° 1 : pp 14-16.

(112) BERNARD C., MELIHAN-CHEININ P., POSTEL-VINAY N., *et al.* Agir contre la hausse de consommation de cannabis. La Revue du praticien, 2005, vol. 55, n° 1 : pp 5-6.

ANNEXES

<u>Annexe 1</u> : Consommation récente (douze derniers mois) de cannabis parmi les jeunes adultes, mesurée à l'aide d'enquêtes au niveau de la population nationale.



<u>Annexe 2</u> :

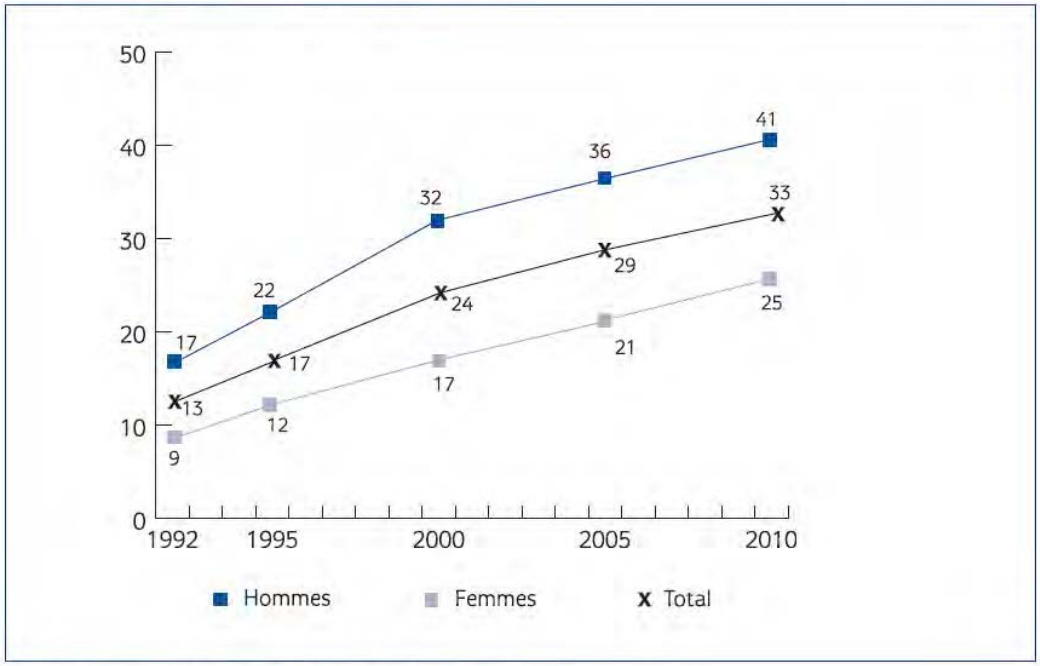
Estimation du nombre de consommateurs de substances psychoactives en France métropolitaine parmi les 11-75 ans

	Produits illicites				*Produits licites*	
	Cannabis	*Cocaïne*	*Ecstasy*	*Héroïne*	*Alcool*	*Tabac*
Expérimentateurs	13,4 M	1,5 M	1,1 M	500 000	44,4 M	35,5 M
dont usagers dans l'année	3,8 M	400 000	150 000	//	41,3 M	15,8 M
dont usagers réguliers	1,2 M	//	//	//	8,8 M	13,4 M
dont usagers quotidiens	550 000	//	//	//	5,0 M	13,4 M

Sources : Baromètre santé 2010 (INPES), ESCAPAD 2011 (OFDT), ESPAD 2007 (OFDT), HBSC (service du rectorat de Toulouse)
// = non disponible
Le nombre d'individus de 11-75 ans en 2010 est d'environ 49 millions
Ces chiffres donnent un ordre de grandeur et doivent de ce fait être lus comme des données de cadrage. En effet, une marge d'erreur existe même si elle s'avère raisonnable. Par exemple, 13,4 millions d'expérimentateurs de cannabis signifie que le nombre d'expérimentateurs se situe vraisemblablement entre 13 et 14 millions.

Annexe 3:

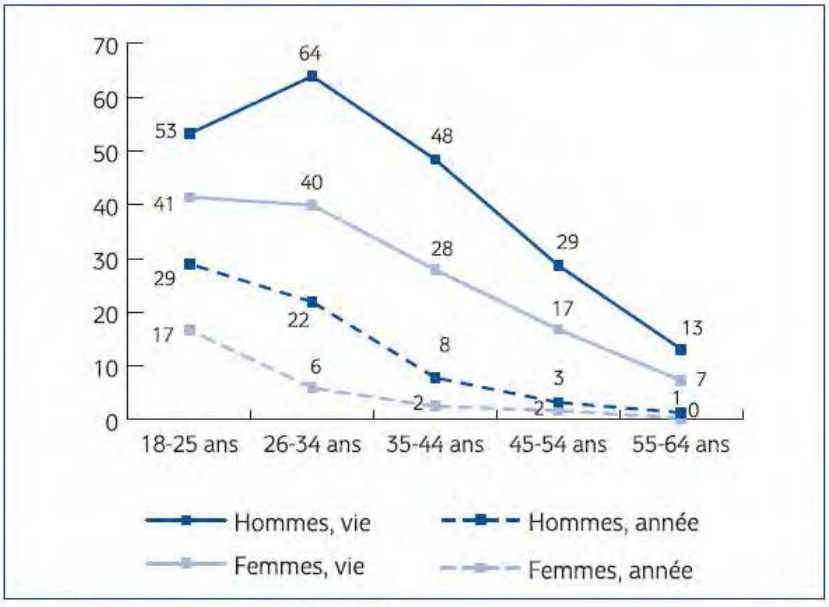
Évolution entre 1992 et 2010 de la proportion d'expérimentateurs de cannabis parmi les 18-64 ans, par sexe (en %)



Sources : Baromètres santé 1992, 1995, 2000, 2005, 2010, INPES

Annexe 4 :

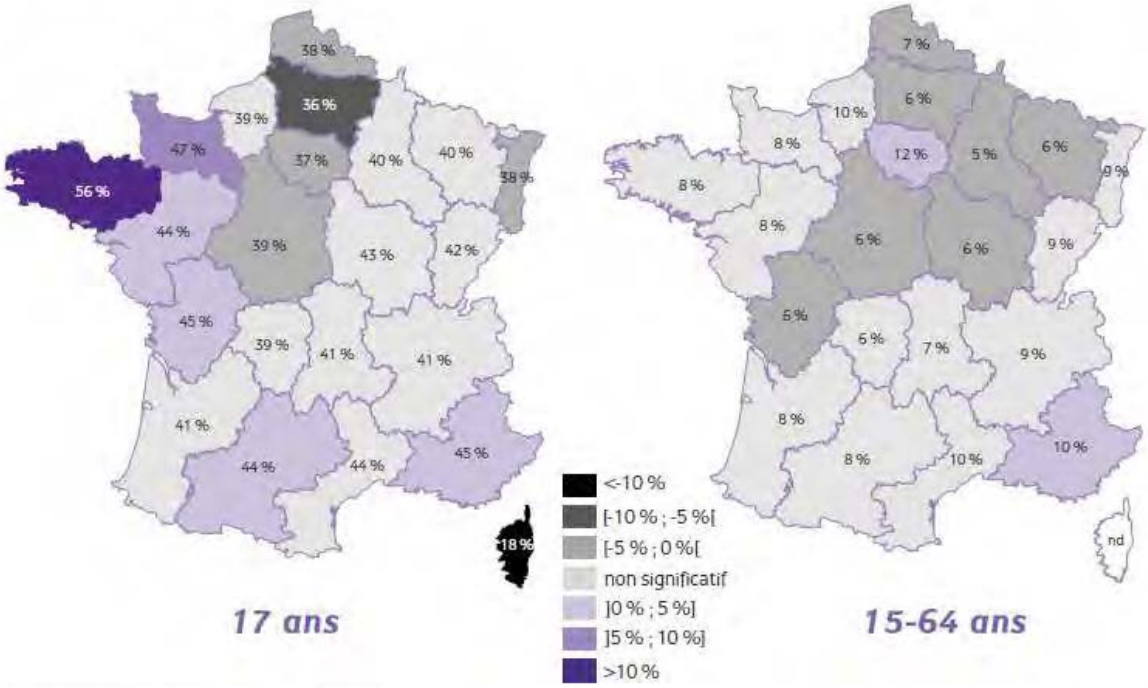
Proportions de consommateurs de cannabis au cours de la vie et de l'année suivant le sexe et l'âge (en %)



Source : Baromètre santé 2010, INPES

Annexe 5 :

Usage de cannabis au cours de l'année parmi les 17 ans et les 15-64 ans en 2005 par région (en %)



Moyennes nationales : 41,3 % et 8,6 %

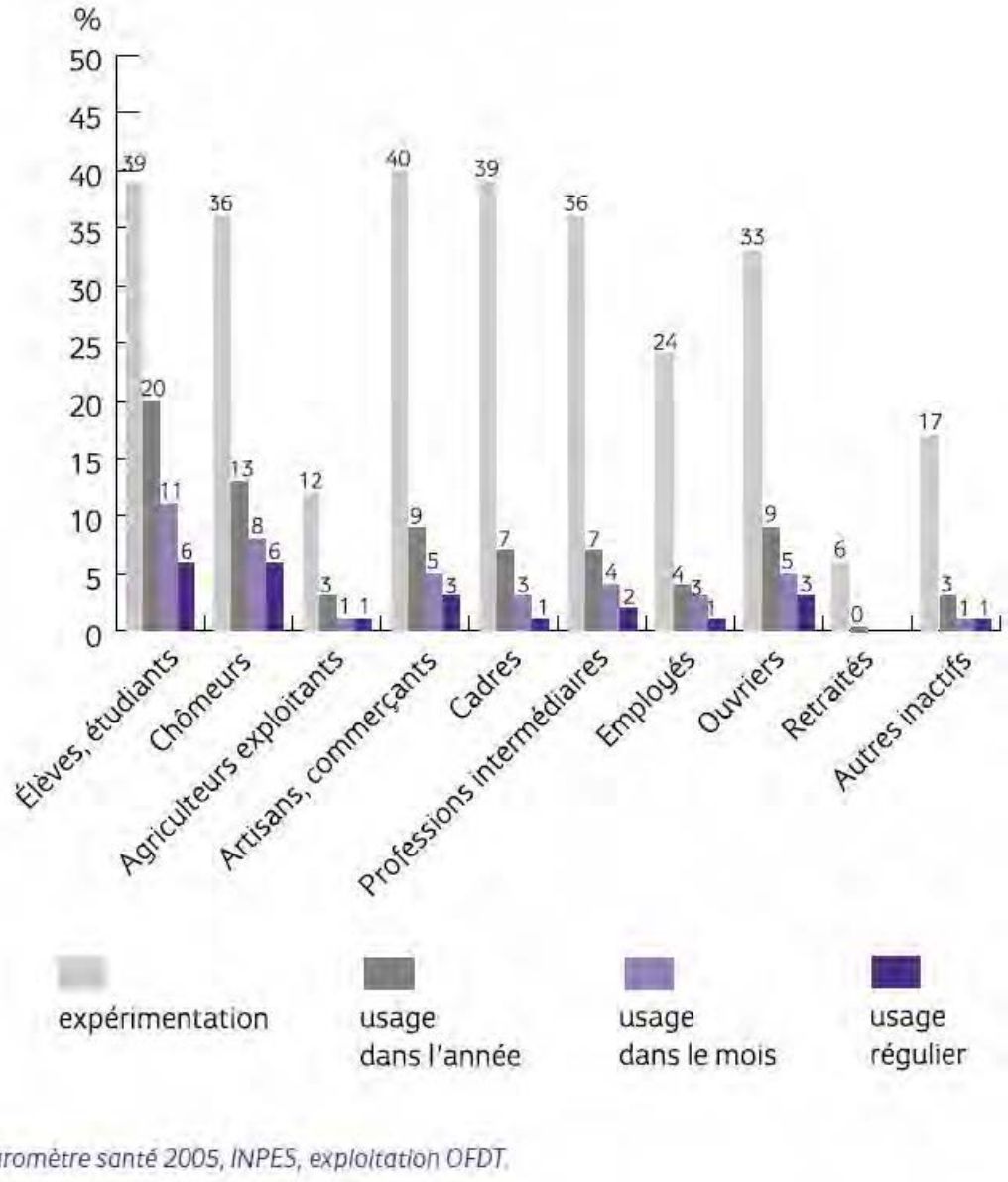
nd : non disponible

Les cartes fournissent deux types d'information : les chiffres indiquent la prévalence de l'usage de cannabis dans la région et la présence d'une couleur montre que l'écart avec le reste de la France est significatif (test Chi-2 au seuil de 0,05) ; l'intensité de la couleur traduit l'ampleur de l'écart.

Exemple de lecture : l'usage de cannabis au cours de l'année est de 56 % à 17 ans en Bretagne, soit un écart significatif de plus de 10 % avec la moyenne nationale.

Sources : ESCAPAD 2005, OFDT ; Baromètre santé 2005, INPES, exploitation OFDT.

<u>Annexe 6</u> : Usages de cannabis suivant le statut scolaire et professionnel parmi les 15-64 ans en 2005 (en %).



Source : Baromètre santé 2005, INPES, exploitation OFDT.

<u>Annexe 7</u> : Odds ratios (OR) des différents usages de cannabis parmi les 15-34 ans en 2005 ajustés* en fonction du statut scolaire et professionnel (en %).

	Usage au cours de la vie	Usage au cours de l'année	Usage au cours du mois	Usage régulier
Élèves, étudiants, n=3 368	***0,8***	1,1	0,9	0,8
Chômeurs, n=1 285	1,0	**1,3**	**1,4**	**1,8**
Actifs occupés : référence, n=5 576	-1-	-1-	-1-	-1-

** Sur l'âge, le sexe, la vie de couple, les enfants, le niveau de diplôme, la taille de l'unité urbaine de résidence et l'équipement téléphonique (liste blanche/orange, rouge, mobile exclusif). En gras figurent les OR dont l'intervalle de confiance à 95 % ne contient pas 1 ; ceux en italiques sont significativement inférieurs à 1. Un OR gras supérieur à 1 indique une surconsommation relative par rapport à la catégorie de référence pour l'indicateur considéré ; un OR gras inférieur à 1 indique une sous-consommation relative.*

Source : Baromètre santé 2005, INPES, exploitation OFDT.

<u>Annexe 8</u> : Usages de cannabis suivant le statut scolaire et professionnel à 17 ans en 2005 (en %).

	Expérimentation	Usage au cours du mois	Usage régulier
Élève, étudiant	47,8	26,0	9,0
Apprentissage, formation alternée	57,1	37,2	18,1
Actif (chômeur ou occupé)	60,1	41,5	27,0

Exemple de lecture : 47,8 % des élèves et étudiants de 17 ans sont expérimentateurs de cannabis, 26,0 % usagers au cours du mois et 9,0 % usagers réguliers.

Source : ESCAPAD 2005, OFDT.

<u>Annexe 9</u> : Usages de cannabis suivant la sociabilité à 17 ans en 2005 (en %).

Sortie dans les cafés, bars, pubs	*Usage au cours du mois*	*En soirée chez des amis ou chez soi*	*Usage au cours du mois*
jamais	14,6	jamais	7,8
moins d'une fois par mois	19,5	moins d'une fois par mois	11,1
une ou deux fois par mois	30,2	une ou deux fois par mois	23,0
au moins une fois par semaine	39,8	au moins une fois par semaine	40,0
tous les jours ou presque	44,2	tous les jours ou presque	52,3

Exemple de lecture : 14,6 % des adolescents de 17 ans déclarant n'être jamais allés dans un café, bar ou pub avec des amis au cours des douze derniers mois disent avoir fumé du cannabis dans les trente derniers jours.

Source : ESCAPAD 2005, OFDT.

<u>Annexe 10</u> : Usages de cannabis suivant le milieu social familial* déclaré à 17 ans en 2005 (en %).

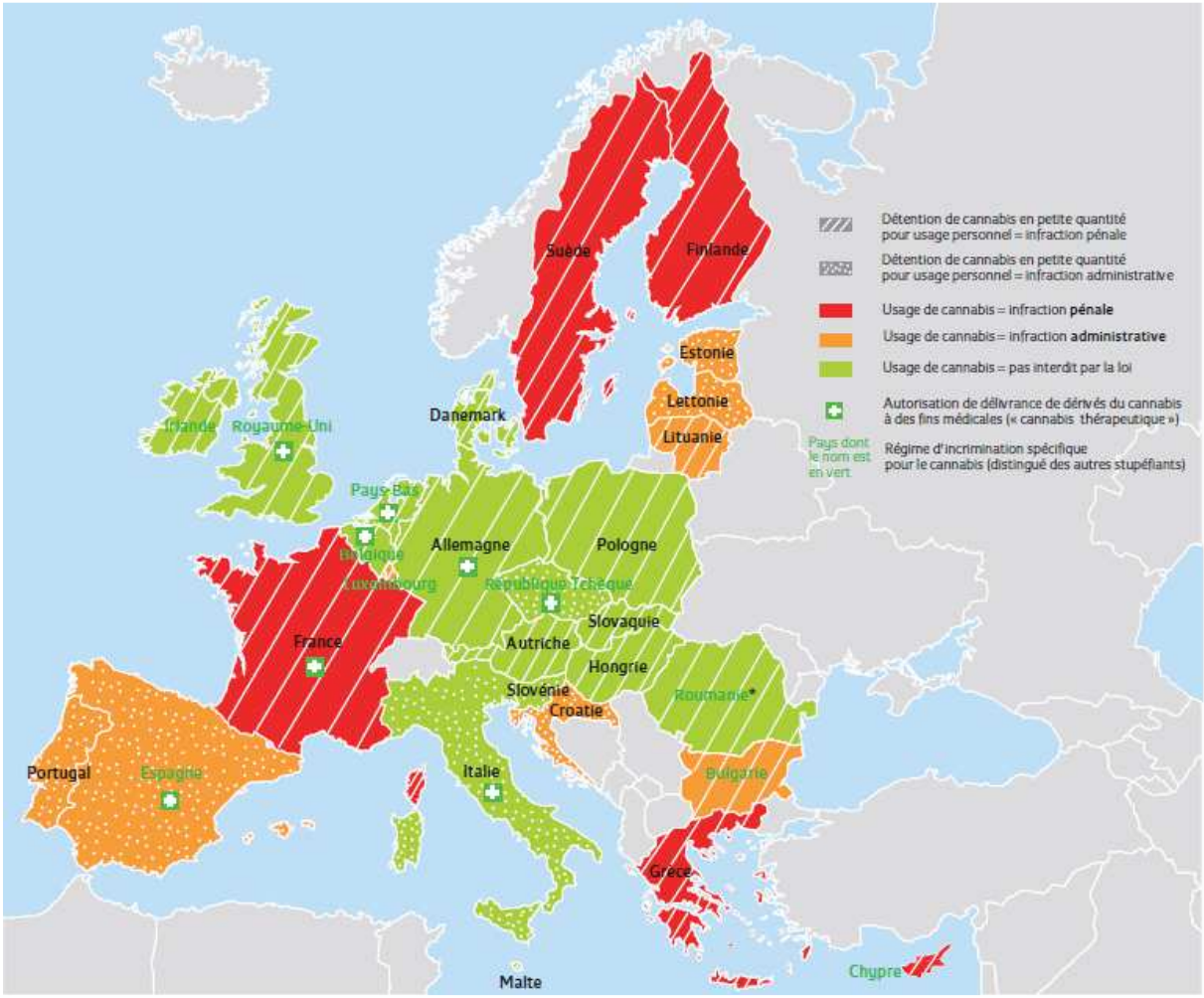
	Expérimentation	*Usage au cours du mois*
« défavorisé »	43,1	26,1
« modeste »	46,3	26,2
« moyen »	49,5	28,0
« favorisé »	53,5	29,6
« très favorisé »	56,2	31,3

Exemple de lecture : 43,1 % des adolescents de 17 ans dont la famille est classée dans la catégorie « défavorisée » (voir ci-dessous) disent avoir expérimenté le cannabis.

** Évalué par la Profession et catégorie sociale (PCS) la plus élevée du couple des parents, parmi 11 choix assortis d'exemples de professions, selon la répartition suivante : « défavorisé » indique que les deux parents sont déclarés inoccupés par l'enfant ; « modeste » qu'ils sont au maximum ouvrier ou employé ; « moyen » qu'ils sont au plus profession intermédiaire ; « favorisé » que l'un seulement des parents est cadre, chef d'entreprise, artisan ou commerçant ; « très favorisé » que les deux le sont. Ces catégories recoupent celles de l'INSEE mais ne sont pas identiques.*

Source : ESCAPAD 2005, OFDT.

<u>Annexe 11</u> : État des législations sur l'usage et la détention de cannabis au sein de l'UE des 28 (au 1 juillet 2013).



* Dans ce pays, l'usage est prohibé mais aucune sanction n'est définie dans les textes pour le sanctionner.
N.B. : cette carte représente les peines prévues en cas d'usage ou de détention de « petites quantités » de cannabis (les seuils variant d'un pays à l'autre), lorsque ces actes sont commis en public, pour la première fois (hors récidive), et hors circonstances aggravantes.

Source : OFDT 2013

<u>Annexe 12</u> : Les principaux outils de repérage de l'usage problématique de cannabis chez les adolescents.

<u>Les outils de repérage de l'usage problématique spécifiques au cannabis :</u>

ALAC (*Alcohol Advisory Council*)
B-MACQ (*Brief-Marijuana Consequences Questionnaire*)
CAGE-cannabis (*Cut, Annoyed, Guilty, Eye-opener*)
CAST (*Cannabis Abuse Screening Test*)
CPQ-A et CPQ-AS (*Cannabis Problems Questionnaire for Adolescents*)
CUDIT (*Cannabis Use Disorders Identification Test*)
CUDIT-R (*Cannabis Use Disorders Identification Test - Revised*)
CUPIT (*Cannabis Use Problems Identification Test*)
DETC (Diminuer, Entourage, Trop, Cannabis) - version française du CAGE
Know Cannabis Test
MACQ (*Marijuana Consequences Questionnaire*)
MSI-X (*Marijuana Screening Inventory*)
PUM (*Problematic Use of Marijuana*)
SDS (*Severity of Dependence Scale*) ou Echelle de Sévérité de la Dépendance

<u>Les outils de repérage de l'usage problématique d'alcool et de drogues illicites applicables au cannabis :</u>

AADIS (*Adolescent Alcohol and Drug Involvement Scale*)
ADIS (*Adolescent Drug Involvement Scale*)
ADOSPA (Adolescents et substances psychoactives) - version française du CRAFFT
ASMA (*Assessment of Substance Misuse in Adolescence*)
ASSIST (*Alcohol, Smoking and substance involvement screening test*)
CRAFFT (*Car Relax Alone Forget Family or friends Trouble*)
DAP (*Drug and Alcohol Problem Quick Screen*)
DAST-A (*Drug Abuse Screening Test-Adolescents*)
DAST 10 (*Drug Abuse Screening Test in 10 Questions*)
DAST 20 (*Drug Abuse Screening Test in 20 Questions*)
DEBA-D (Dépistage et évaluation du besoin d'aide-drogues)
DEP-ADO (DEPistage de consommation problématique d'alcool et de drogue chez les ADOlescents)
NIDA Quick Screen (*NIDA-Modified ASSIST/Alcohol, Smoking, and Substance Involvement Screening Test*)
PESQ (*Personal Experience Screening Questionnaire*)
POSIT Facteur A (*Problem-oriented screening instrument for teenagers*)
POSIT short form (POSIT version courte) (*Problem-oriented screening instrument for teenagers*)
PUN (*Problematic Use of Narcotics*)
SACS (*Substances and Choices Scale*)
SMAQ (*Substance Misuse in Adolescence Questionnaire*)
SSI-AOD (*Simple Screening Instrument for Alcohol and Other Drug Abuse*)

<u>Annexe 13</u> : Principaux questionnaires utilisés pour le cannabis.

<u>CAST version courte</u> (*Cannabis Abuse Screening Test*).

Au cours des 12 derniers mois …	Non	Oui
1. Avez-vous fumé du cannabis avant midi ?	0	1
2. Avez-vous fumé du cannabis lorsque vous étiez seul(e) ?	0	1
3. Avez-vous eu des problèmes de mémoire quand vous fumiez du cannabis ?	0	1
4. Des amis ou des membres de votre famille vous ont-ils dit que vous devriez réduire votre consommation de cannabis ?	0	1
5. Avez-vous essayé de réduire ou d'arrêter votre consommation de cannabis sans y arriver ?	0	1
6. Avez-vous eu des problèmes à cause de votre consommation de cannabis (dispute, bagarre, accident, mauvais résultats à l'école…) ?	0	1

Score total de 0 à 6.
Score 2 ou 3 = risque élevé d'usage problématique.
Score ≥ 4 = risque très élevé d'usage problématique.

CAST version longue.

Au cours des 12 derniers mois …	Jamais	Rarement	De temps en temps	Assez souvent	Très souvent
1. Avez-vous fumé du cannabis avant midi ?	0	1	2	3	4
2. Avez-vous fumé du cannabis lorsque vous étiez seul(e) ?	0	1	2	3	4
3. Avez-vous eu des problèmes de mémoire quand vous fumiez du cannabis ?	0	1	2	3	4
4. Des amis ou des membres de votre famille vous ont-ils dit que vous devriez réduire votre consommation de cannabis ?	0	1	2	3	4
5. Avez-vous essayé de réduire ou d'arrêter votre consommation de cannabis sans y arriver ?	0	1	2	3	4
6. Avez-vous eu des problèmes à cause de votre consommation de cannabis (dispute, bagarre, accident, mauvais résultats à l'école…) ?	0	1	2	3	4

Score total de 0 à 24.
Score ≥ 7 = usage problématique.

SDS (*Severity of Dependence Scale* ou *Echelle de Sévérité de la Dépendance).*

Au cours des 3 derniers mois :

1. Avez-vous pensé que vous aviez perdu le contrôle de votre consommation de cannabis ?

Jamais ou presque jamais	0
Quelquefois	1
Souvent	2
Toujours ou presque toujours	3

2. Est-ce que l'idée de ne pas consommer du tout de cannabis vous a rendu inquiet ou anxieux ?

Jamais ou presque jamais	0
Quelquefois	1
Souvent	2
Toujours ou presque toujours	3

3. Est-ce que votre consommation de cannabis vous a préoccupé ?

Pas du tout	0
Un peu	1
De temps en temps	2
Beaucoup	3

4. Avez-vous souhaité être capable d'arrêter votre consommation de cannabis ?

Jamais ou presque jamais	0
Quelquefois	1
Souvent	2
Toujours ou presque toujours	3

5. Jusqu'à quel point est-ce que ce serait difficile pour vous d'arrêter de consommer ou de vivre sans cannabis ?

Facile	0
Assez difficile	1
Très difficile	2
Impossible	3

Score total de 0 à 15.
Seuil d'usage problématique fixé à 4 pour les adolescents et 3 pour les adultes.

CUDIT (*Cannabis Use Disorders Identification Test*).

Avez-vous consommé du cannabis pendant les 6 derniers mois ? Oui / Non

Si OUI, veuillez répondre aux questions suivantes concernant votre consommation de cannabis pendant les 6 derniers mois.

1. A quelle fréquence consommez-vous du cannabis ?

Jamais	0
1 fois par mois ou moins	1
2-4 fois par mois	2
2-3 fois par semaine	3
4 fois ou plus par semaine	4

2. Les jours où vous avez consommé du cannabis, vous étiez «défoncé(e)» pendant combien d'heures pour une journée type ?

1 ou 2	0
3 ou 4	1
5 ou 6	2
7 à 9	3
10 ou plus	4

3. Combien de fois avez-vous été «défoncé(e)» sous cannabis pendant 6 heures ou plus ?

Jamais	0
Moins d'une fois par mois	1
Une fois par mois	2
Une fois par semaine	3
Tous les jours ou presque	4

4. Combien de fois pendant les 6 derniers mois vous est-il arrivé de ne plus pouvoir vous arrêter de consommer du cannabis une fois que vous aviez commencé ?

Jamais	0
Moins d'une fois par mois	1
Une fois par mois	2
Une fois par semaine	3
Tous les jours ou presque	4

5. Combien de fois pendant les 6 derniers mois n'avez-vous pas fait ce que l'on attendait de vous parce que vous aviez consommé du cannabis ?

Jamais	0
Moins d'une fois par mois	1
Une fois par mois	2
Une fois par semaine	3
Tous les jours ou presque	4

6. Combien de fois pendant les 6 derniers mois avez-vous éprouvé le besoin de consommer du cannabis le matin, afin de pouvoir vous «mettre en route» après un usage important de cannabis la veille ?

Jamais	0
Moins d'une fois par mois	1
Une fois par mois	2
Une fois par semaine	3
Tous les jours ou presque	4

7. Combien de fois pendant les 6 derniers mois vous êtes-vous senti(e) coupable ou avez-vous eu des regrets après avoir consommé du cannabis ?

Jamais	0
Moins d'une fois par mois	1
Une fois par mois	2
Une fois par semaine	3
Tous les jours ou presque	4

8. Combien de fois pendant les 6 derniers mois avez-vous eu des troubles de la mémoire ou avez-vous eu du mal à vous concentrer après avoir consommé du cannabis ?

Jamais	0
Moins d'une fois par mois	1
Une fois par mois	2
Une fois par semaine	3
Tous les jours ou presque	4

9. Vous êtes-vous fait mal ou avez-vous blessé physiquement quelqu'un parce que vous aviez consommé du cannabis dans les 6 derniers mois ?

Non	0
Oui	4

10. Une personne telle qu'un parent, un(e) ami(e), un médecin ou un professionnel de la santé s'est-elle inquiétée de votre usage de cannabis ou vous a-t-elle conseillé de diminuer votre consommation de cannabis ?

Non	0
Oui	4

Score total de 0 à 40.
Score ≥ 8 : abus ou dépendance.

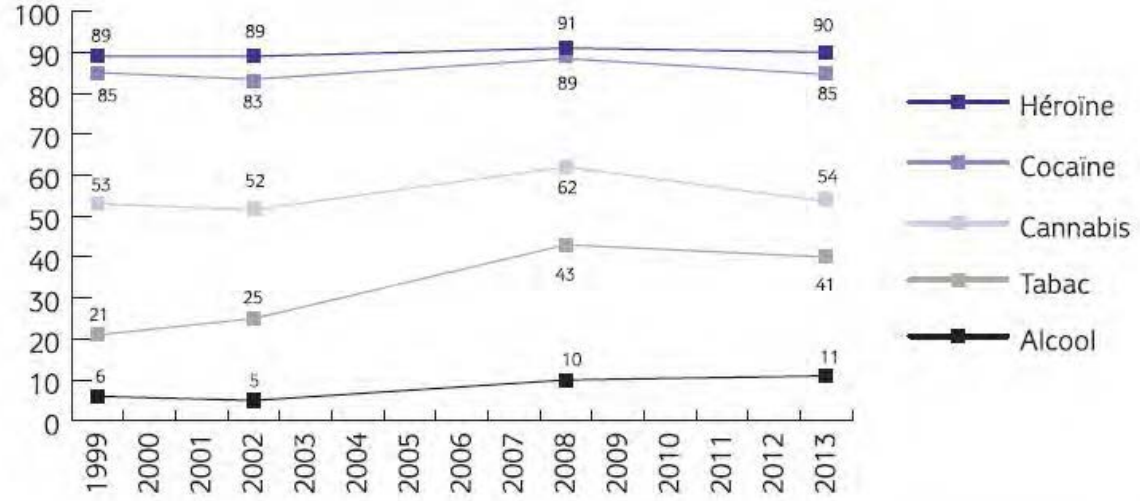
<u>Annexe 14</u> : Produits cités spontanément en tant que drogues (en %).

	1999	2002	2013
Cannabis	78	82	86
Cocaïne	54	60	64
Héroïne	45	48	48
Ecstasy	39	37	28
LSD	27	27	24
Tabac	21	20	18
Alcool	20	19	19
Crack	12	13	11
Autres opiacés	8	10	6
Morphine	8	5	5
Autre produit cité	6	4	4

Sources : Enquêtes EROPP 1999, 2002, 2013 - OFDT

<u>Annexe 15</u> : Evolution de la perception de la dangerosité des drogues dès l'expérimentation, 1999-2013 (en %).

« Pourcentage de personnes jugeant que la consommation de tabac, d'alcool, de cannabis, d'héroïne et de cocaïne est dangereuse pour la santé dès l'expérimentation »



Note de lecture : en 2013, 11 % des Français considèrent que l'alcool est dangereux dès son expérimentation.

Source : Enquêtes EROPP (OFDT)

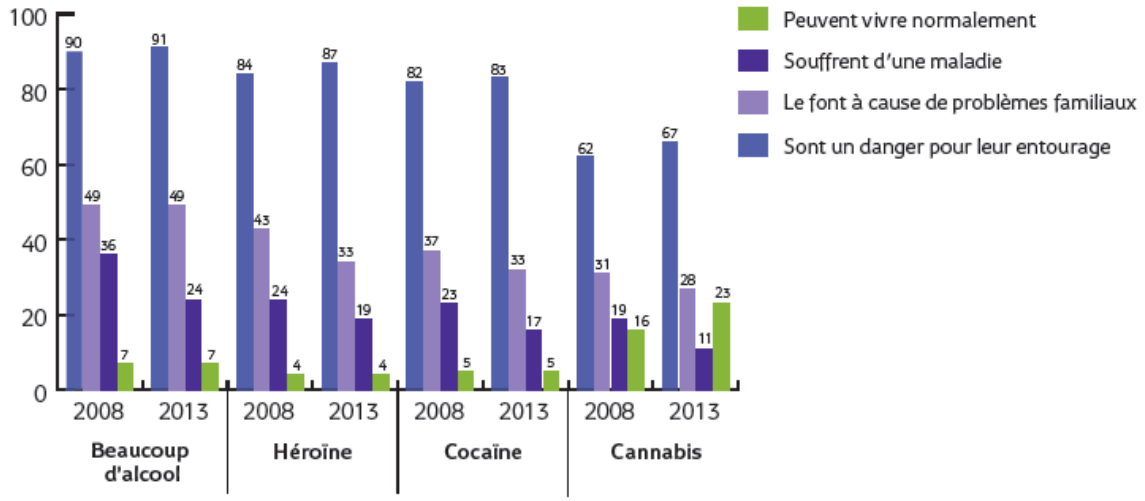
<u>Annexe 16</u> : Seuil de dangerosité perçue des différentes drogues (en %).

	HEROÏNE			COCAÏNE			CANNABIS			TABAC			ALCOOL		
%	2002	2008	2013	2002	2008	2013	2002	2008	2013	2002	2008	2013	2002	2008	2013
Dangereux dès qu'on essaye	87	92	90	82	88	85	51	62	54	25	43	41	5	10	11
Dangereux selon la quantité en une seule occasion*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	2	15	8	6
Dangereux même en consommation occasionnelle	6	4	4	8	6	7	12	13	15	0	12	10	1	10	11
Dangereux seulement en consommation quotidienne	6	4	6	8	6	8	33	25	30	73	44	47	77	72	74
Ce n'est jamais dangereux	0	0	0	0	0	0	3	1	1	0	0	0	0	0	1

Sources : Enquêtes EROPP 2002, 2008, 2013 - OFDT

Exemple de lecture : En 2008, 92 % des personnes interrogées estimaient que l'héroïne est dangereuse dès qu'on l'essaye. * Modalité posée uniquement pour le tabac et l'alcool.

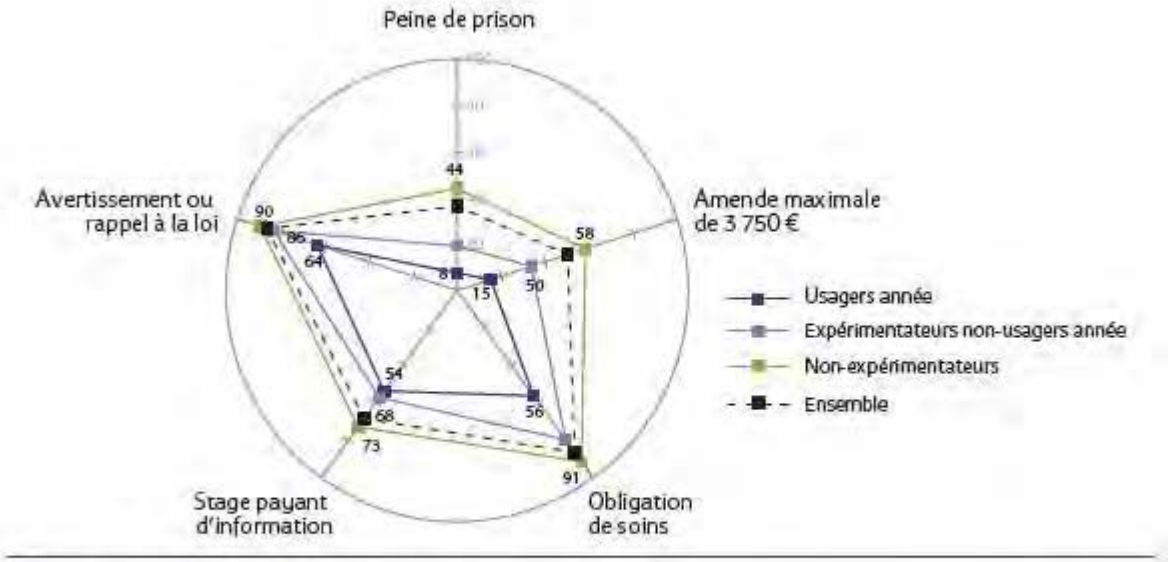
<u>Annexe 17</u> : Représentations sur les consommateurs de drogues (en %).



Sources : Enquêtes EROPP 2008, 2013 - OFDT

Exemple de lecture : En 2008, 7 % des personnes interrogées pensaient que ceux qui boivent de l'alcool peuvent vivre normalement.

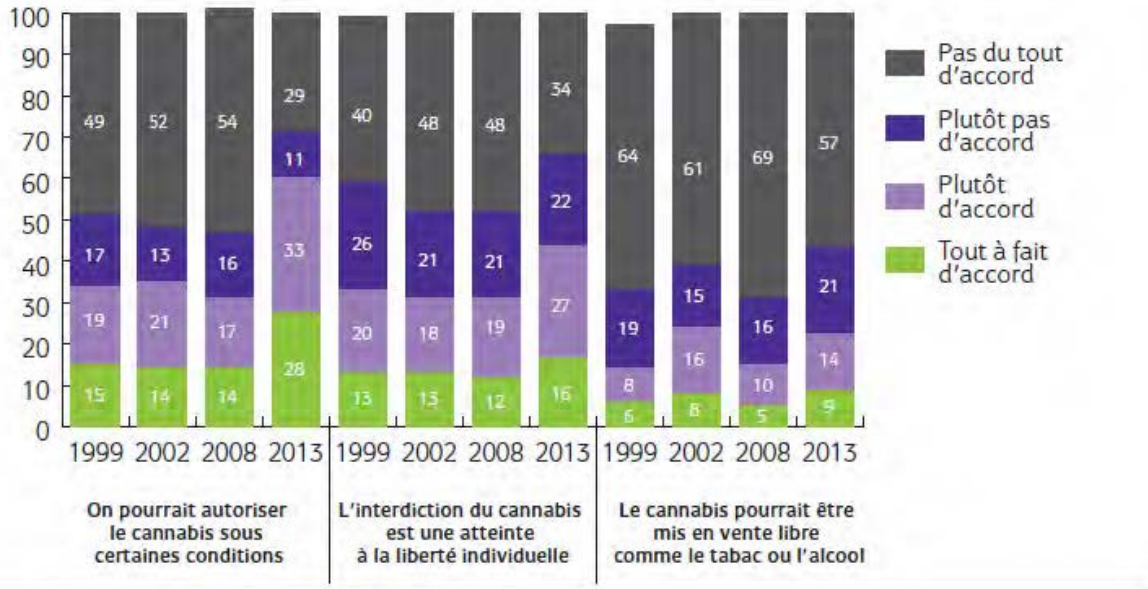
<u>Annexe 18</u> : Opinions positives des Français concernant les sanctions sur le cannabis selon la proximité avec le produit (en %).



Source : Enquête EROPP 2013 - OFDT

Exemple de lecture : 73 % des personnes interrogées non expérimentatrices de cannabis sont favorables au principe d'un stage d'information payant.

<u>Annexe 19</u> : Évolution de l'opinion des Français sur les politiques publiques en matière de cannabis depuis 1999.



Sources : Enquêtes EROPP 1999, 2002, 2008, 2013 - OFDT

N.B. : Compte tenu des règles en matière d'arrondis, le total des catégories peut différer légèrement de 100 %. Pour la même raison, l'addition de deux catégories, par exemple « Plutôt d'accord » et « Tout à fait d'accord », peut ne pas correspondre exactement aux chiffres donnés dans le texte.

<u>Annexe 20</u> : Premier questionnaire élaboré.

ELABORATION ET VALIDATION D'UN QUESTIONNAIRE EN VUE D'EVALUER LA PERCEPTION DE LA CONSOMMATION DE CANNABIS PAR LES CONSULTANTS EN MEDECINE GENERALE : PRE-TEST AUPRES DE 10 PATIENTS.

OBJECTIF : Elaborer, tester et valider un questionnaire dans le but d'évaluer la perception de la consommation de cannabis par les consultants en médecine générale. L'évaluation secondaire fera l'objet d'une thèse.

VOS COORDONNES:

Sexe :
Age :
Profession :

QUESTIONS : Entourer votre réponse. (Une seule réponse pour chaque question).

1) <u>Le cannabis est-il pour vous la substance illicite la plus consommée en France</u> ?

Oui / Non

2) <u>Fumer du cannabis conduit inévitablement à consommer d'autres drogues</u> (exemples : héroïne, cocaïne, etc.)

a. Tout à fait d'accord
b. Plutôt d'accord
c. Plutôt pas d'accord
d. Pas du tout d'accord

3) <u>Pour vous, le cannabis est-il dangereux pour la santé</u> ?

Oui / Non

Si oui, celui-ci est dangereux :

a. Dès qu'on essaye
b. Dès qu'on en prend de temps en temps
c. Dès qu'on en prend toutes les semaines
d. Dès qu'on en prend tous les jours

Si oui, parmi les risques somatiques suivants, lesquels vous semblent pertinents ?

- Risque broncho-pulmonaire :

a. Absence de risque
b. Risque supérieur à celui du tabac
c. Risque inférieur à celui du tabac

- Risque cardio-vasculaire :

a. Absence de risque
b. Risque supérieur à celui du tabac
c. Risque inférieur à celui du tabac

- Risque d'accident de la voie publique :

a. Absence de risque
b. Risque supérieur à celui de l'alcool
c. Risque inférieur à celui de l'alcool

-Risque fœtal :

- Par rapport à l'alcool :

a. Absence de risque
b. Risque supérieur à celui de l'alcool
c. Risque inférieur à celui de l'alcool

- Par rapport au tabac :

a. Absence de risque
b. Risque supérieur à celui du tabac
c. Risque inférieur à celui du tabac

- Risque psychiatrique :

a. Absence de risque
b. Augmentation du risque de maladie psychiatrique

- Risque cancérigène:

- Par rapport à l'alcool :

a. Absence de risque
b. Risque supérieur à celui de l'alcool
c. Risque inférieur à celui de l'alcool

- Par rapport au tabac :

a. Absence de risque
b. Risque supérieur à celui du tabac
c. Risque inférieur à celui du tabac

- Effet sur le comportement alimentaire :

    a. Pas d'effet
    b. Augmentation de l'appétit
    c. Baisse de l'appétit.

4) Peut-on devenir dépendant du cannabis ?

Oui / Non

Si oui, on devient dépendant :

    a. Dès qu'on essaye
    b. Dès qu'on en prend de temps en temps
    c. Dès qu'on en prend toutes les semaines
    d. Dès qu'on en prend tous les jours

5) Le cannabis pourrait être mis en vente libre au même titre que le tabac ou l'alcool.

    a. Tout à fait d'accord
    b. Plutôt d'accord
    c. Plutôt pas d'accord
    d. Pas du tout d'accord

6) L'interdiction du cannabis est une atteinte à la liberté individuelle ?

    a. Tout à fait d'accord
    b. Plutôt d'accord
    c. Plutôt pas d'accord
    d. Pas du tout d'accord

7) Avez-vous consommé ou consommez-vous du cannabis ?

Oui / Non

Si Oui :

- Age de la première consommation :

- Fréquence de la consommation :

    a. Consommation au moins une fois au cours de votre vie mais pas dans l'année
    b. Consommation au moins une fois dans l'année
    c. Entre 10 usages ou plus dans les 30 derniers jours
    d. Au moins une fois par jour durant les 30 derniers jours

- Quantité en moyenne à chaque consommation (en nombre de joints) :

- Type d'usage :

    a. Solitaire
    b. Festif
    c. Solitaire et festif

- Association à d'autres substances :

    a. Alcool : oui / non
    b. Tabac : oui / non
    c. Autres drogues : - Cocaïne : oui / non
        - Héroïne : oui / non
        - Ecstasy : oui/ non
        - LSD : oui/ non
        - Amphétamines : oui/ non
        - Kétamines : oui/ non
    d. Médicaments psychotropes : oui / non
    e. Médicaments de substitution : - Méthadone : oui/ non
        - Buprénorphine : oui/ non

<u>Annexe 21</u> : Second questionnaire élaboré suite au pré-test *(les modifications apportées sont en rouge).*

ELABORATION ET VALIDATION D'UN QUESTIONNAIRE EN VUE D'EVALUER LA PERCEPTION DE LA CONSOMMATION DE CANNABIS PAR LES CONSULTANTS EN MEDECINE GENERALE : TEST AUPRES DE 60 PATIENTS.

OBJECTIF : Elaborer, tester et valider un questionnaire dans le but d'évaluer la perception de la consommation de cannabis par les consultants en médecine générale. L'évaluation secondaire fera l'objet d'une thèse. Ce questionnaire est anonyme.

VOS COORDONNES:

Sexe :
Age :
Profession :

QUESTIONS : *Entourer votre réponse. (Une seule réponse pour chaque question).*

<u>1) Le cannabis est-il pour vous la substance illicite la plus consommée en France</u> ?

Oui / Non

2) <u>Fumer du cannabis conduit inévitablement à consommer d'autres drogues</u> (exemples : héroïne, cocaïne, etc.)

a. Tout à fait d'accord
b. Plutôt d'accord
c. Plutôt pas d'accord
d. Pas du tout d'accord

3) <u>Pour vous, le cannabis est-il dangereux pour la santé</u> ?

Oui / Non

Si oui, celui-ci est dangereux :

a. Dès qu'on essaye
b. Dès qu'on en prend de temps en temps
c. Dès qu'on en prend toutes les semaines
d. Dès qu'on en prend tous les jours

Tournez la page SVP

Si oui, parmi les risques somatiques suivants, lesquels vous semblent pertinents ?

- Risque broncho-pulmonaire :

a. Absence de risque
b. Risque supérieur à celui du tabac
c. Risque inférieur à celui du tabac
d. Risque identique à celui du tabac

- Risque cardio-vasculaire :

a. Absence de risque
b. Risque supérieur à celui du tabac
c. Risque inférieur à celui du tabac
d. Risque identique à celui du tabac

- Risque d'accident de la voie publique :

a. Absence de risque
b. Risque supérieur à celui de l'alcool
c. Risque inférieur à celui de l'alcool
d. Risque identique à celui de l'alcool

-Risque fœtal :

- Par rapport à l'alcool :

a. Absence de risque
b. Risque supérieur à celui de l'alcool
c. Risque inférieur à celui de l'alcool
d. Risque identique à celui de l'alcool

- Par rapport au tabac :

a. Absence de risque
b. Risque supérieur à celui du tabac
c. Risque inférieur à celui du tabac
d. Risque identique à celui du tabac

- Risque psychiatrique :

a. Absence de risque
b. Augmentation du risque de maladie psychiatrique

- Risque cancérigène:

- Par rapport à l'alcool :

a. Absence de risque
b. Risque supérieur à celui de l'alcool
c. Risque inférieur à celui de l'alcool
d. Risque identique à celui de l'alcool

- Par rapport au tabac :

a. Absence de risque
b. Risque supérieur à celui du tabac
c. Risque inférieur à celui du tabac
d. Risque identique à celui du tabac

- Effet sur le comportement alimentaire :

a. Pas d'effet
b. Augmentation de l'appétit
c. Baisse de l'appétit.

4) Peut-on devenir dépendant du cannabis ?

Oui / Non

Si oui, on devient dépendant :

a. Dès qu'on essaye
b. Dès qu'on en prend de temps en temps
c. Dès qu'on en prend toutes les semaines
d. Dès qu'on en prend tous les jours

5) Le cannabis pourrait être mis en vente libre au même titre que le tabac ou l'alcool.

a. Tout à fait d'accord
b. Plutôt d'accord
c. Plutôt pas d'accord
d. Pas du tout d'accord

6) L'interdiction du cannabis est une atteinte à la liberté individuelle ?

a. Tout à fait d'accord
b. Plutôt d'accord
c. Plutôt pas d'accord
d. Pas du tout d'accord

7) Avez-vous consommé ou consommez-vous du cannabis ?

Oui / Non

Si non : questionnaire terminé.

Si oui : répondre aux questions suivantes :

- Age de la première consommation :

Tournez la page SVP

- Fréquence de la consommation :

    a. Consommation au moins une fois au cours de votre vie mais pas dans l'année
    b. Consommation au moins une fois dans l'année
    c. Entre 10 usages ou plus dans les 30 derniers jours
    d. Au moins une fois par jour durant les 30 derniers jours

- Quantité en moyenne à chaque consommation (en nombre de joints) :

- Type d'usage :

    a. Solitaire
    b. Festif
    c. Solitaire et festif

- Association à d'autres substances :

    a. Alcool : oui / non
    b. Tabac : oui / non
    c. Autres drogues : - Cocaïne : oui / non
       - Héroïne : oui / non
       - Ecstasy : oui/ non
       - LSD : oui/ non
       - Amphétamines : oui/ non
       - Kétamines : oui/ non
    d. Médicaments psychotropes : oui / non
    e. Médicaments de substitution : - Méthadone : oui/ non
       - Buprénorphine : oui/ non

<u>Annexe 22</u> : Questionnaire final.

QUESTIONNAIRE PERMETTANT D'EVALUER LA PERCEPTION ET LA PREVALENCE DE LA CONSOMMATION DE CANNABIS PAR LES PATIENTS CONSULTANTS EN MEDECINE GENERALE.

OBJECTIF : Déterminer les caractéristiques d'une population à risque de consommateurs de cannabis. Le bénéfice attendu serait de pouvoir intervenir en soins primaires dans le cadre de la prévention primaire et secondaire dans cette population à risque. Ce travail fait l'objet d'une thèse. Ce questionnaire est anonyme.

VOS COORDONNES.

Sexe :
Age :
Profession :

QUESTIONS : *Entourer votre réponse. (Une seule réponse pour chaque question).*

<u>1) Le cannabis est-il pour vous la substance illicite (interdite par la loi) la plus consommée en France</u> ?

Oui / Non

2) <u>Fumer du cannabis conduit inévitablement à consommer d'autres drogues</u> (exemples : héroïne, cocaïne, etc.)

a. Tout à fait d'accord
b. Plutôt d'accord
c. Plutôt pas d'accord
d. Pas du tout d'accord

3) <u>Pour vous, le cannabis est-il dangereux pour la santé</u> ?

Oui / Non

Si oui, celui-ci est dangereux :

a. Dès qu'on essaye
b. Dès qu'on en prend de temps en temps
c. Dès qu'on en prend toutes les semaines
d. Dès qu'on en prend tous les jours

Si oui, parmi ces risques sur la santé, lesquels vous semblent pertinents ?

- Risque broncho-pulmonaire :
  a. Absence de risque
  b. Risque supérieur à celui du tabac
  c. Risque inférieur à celui du tabac
  d. Risque identique à celui du tabac

- Risque cardio-vasculaire :
    a. Absence de risque
    b. Risque supérieur à celui du tabac
    c. Risque inférieur à celui du tabac
    d. Risque identique à celui du tabac

- Risque d'accident de la voie publique :
    a. Absence de risque
    b. Risque supérieur à celui de l'alcool
    c. Risque inférieur à celui de l'alcool
    d. Risque identique à celui de l'alcool

-Risque sur le développement fœtal :
    - Par rapport à l'alcool :
    a. Absence de risque
    b. Risque supérieur à celui de l'alcool
    c. Risque inférieur à celui de l'alcool
    d. Risque identique à celui de l'alcool

    - Par rapport au tabac :
    a. Absence de risque
    b. Risque supérieur à celui du tabac
    c. Risque inférieur à celui du tabac
    d. Risque identique à celui du tabac

- Risque psychiatrique :
    a. Absence de risque
    b. Augmentation du risque de maladie psychiatrique

- Effet sur le comportement alimentaire :
    a. Pas d'effet
    b. Augmentation de l'appétit
    c. Baisse de l'appétit.

4) <u>Peut-on devenir dépendant du cannabis</u> ?

Oui / Non

Si oui, on devient dépendant :

    a. Dès qu'on essaye
    b. Dès qu'on en prend de temps en temps
    c. Dès qu'on en prend toutes les semaines
    d. Dès qu'on en prend tous les jours

5) Le cannabis pourrait être mis en vente libre au même titre que le tabac ou l'alcool.

a. Tout à fait d'accord
b. Plutôt d'accord
c. Plutôt pas d'accord
d. Pas du tout d'accord

6) L'interdiction du cannabis est une atteinte à la liberté individuelle ?

a. Tout à fait d'accord
b. Plutôt d'accord
c. Plutôt pas d'accord
d. Pas du tout d'accord

7) Avez-vous consommé ou consommez-vous du cannabis ?

Oui / Non

Si non : questionnaire terminé.
Si oui : répondre aux questions suivantes : (A et B)

A.

- Age de la première consommation :

- Fréquence de la consommation :

a. Consommation au moins une fois au cours de votre vie mais pas dans l'année
b. Consommation au moins une fois dans l'année
c. Entre 10 usages ou plus dans les 30 derniers jours
d. Au moins une fois par jour durant les 30 derniers jours

- Type d'usage :

a. Solitaire
b. Festif
c. Solitaire et festif

- Association à d'autres substances :

a. Alcool : oui / non
b. Tabac : oui / non
c. Autres drogues : - Cocaïne : oui / non
- Héroïne : oui / non
- Ecstasy : oui / non
- LSD : oui / non
- Amphétamines : oui / non
- Kétamines : oui / non

d. Médicaments psychotropes (hypnotiques, antidépresseurs, anxiolytiques) : oui / non

e. Médicaments de substitution : - Méthadone : oui / non
- Buprénorphine (Subutex®) : oui / non

B. Au cours des 12 derniers mois :

- Avez-vous déjà fumé du cannabis avant midi ? oui / non

- Avez-vous déjà fumé du cannabis lorsque vous étiez seul(e) ? oui / non

- Avez-vous déjà eu des problèmes de mémoire quand vous fumez du cannabis ? oui / non

- Des amis ou des membres de votre famille vous ont-ils déjà dit que vous devriez réduire votre consommation de cannabis ? oui / non

- Avez-vous déjà essayé de réduire votre consommation de cannabis sans y arriver ? oui / non

- Avez-vous déjà eu des problèmes à cause de votre consommation de cannabis (dispute, bagarre, accident, résultats à l'école…) ? oui / non

Merci de déposer ce questionnaire dans la boîte mise à votre disposition

Merci pour votre participation

Questionnaire réalisé par Mme BERCAND Julie (Médecin généraliste)

<u>Annexe 23</u> : **Note explicative (accompagnant les questionnaires et l'urne, laissés en salle d'attente des cabinets).**

QUESTIONNAIRES DESTINÉS À TOUS LES PATIENTS ÂGÉS DE 18 ANS ET PLUS.

IL S'AGIT D'UN QUESTIONNAIRE ANONYME.

VOS RÉPONSES SERVIRONT POUR MON TRAVAIL DE THÈSE.

MERCI DE LE REMPLIR SINCÈREMENT, DE LE PLIER EN DEUX ET DE LE DÉPOSER DANS LA BOÎTE MISE À VÔTRE DISPOSITION.

MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION.

BERCAND Julie (Médecin Généraliste)

<u>Annexe 24</u> : Descriptif des caractéristiques des répondants.

	N	%/moy	ET*
SEXE			
Homme	116	31,3	
Femme	255	68,7	
Age	371	45,0	16,8
Age (classes)			
Manquant	16		
Entre 18 et 25 ans	50	14,1	
Entre 26 et 34 ans	66	18,6	
Entre 35 et 44 ans	73	20,6	
Entre 45 ans et 54 ans	68	19,2	
Entre 55 et 64 ans	57	16,1	
Entre 65 et 75 ans	25	7,0	
Plus de 75 ans	16	4,5	
Catégorie socioprofessionnelle (INSEE)			
Agriculteurs exploitants	1	0,3	
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	9	2,4	
Cadres et professions intellectuelles	36	9,7	
Professions intermédiaires	78	21,0	
Employés	97	26,1	
Ouvriers	17	4,6	
Retraités	68	18,3	
Autres personnes sans activité professionnelle	65	17,5	
Statut socioprofessionnelle			
Actifs	238	64,2	
Retraités	67	18,1	
Etudiants	30	8,1	
Sans profession	32	8,6	
Inconnu	4	1,1	
Le cannabis est substance illicite (interdite par la loi) la plus consommée en France			
Non	38	10,2	
Oui	333	89,8	
Fumer du cannabis conduit inévitablement à consommer d'autres drogues (exemples : héroïne, cocaïne, etc.)			
Tout à fait d'accord	93	25,1	
Plutôt d'accord	135	36,4	
Plutôt pas d'accord	84	22,6	
Pas du tout d'accord	59	15,9	

Le cannabis est dangereux pour la santé

Non	26	7,0
Oui	345	93,0

Si le cannabis est considéré comme dangereux, seuil de dangerosité

Manquant	26	
Dès qu'on essaye	128	37,1
Dès qu'on en prend de temps en temps	73	21,2
Dès qu'on en prend toutes les semaines	78	22,6
Dès qu'on en prend tous les jours	66	19,1

Risque pertinent: broncho-pulmonaire

Manquant	26	
Absence de risque	8	2,3
Risque supérieur à tabac	140	40,6
Risque inférieur à tabac	30	8,7
Risque identique à tabac	167	48,4

Risque pertinent: cardio-vasculaire

Manquant	26	
Absence de risque	6	1,7
Risque supérieur à tabac	130	37,7
Risque inférieur à tabac	26	7,5
Risque identique à tabac	183	53,0

Risque pertinent: accident de la voie publique

Manquant	26	
Absence de risque	1	0,3
Risque supérieur à alcool	133	38,6
Risque inférieur à alcool	34	9,9
Risque identique à alcool	177	51,3

Risque pertinent: sur le développement fœtal par rapport à l'alcool

Manquant	26	
Risque supérieur à alcool	137	39,7
Risque inférieur à alcool	22	6,4
Risque identique à alcool	186	53,9

Risque pertinent: sur le développement fœtal par rapport au tabac

Manquant	26	
Absence de risque	1	0,3
Risque supérieur à tabac	178	51,6
Risque inférieur à tabac	17	4,9
Risque identique à tabac	149	43,2

Risque pertinent: psychiatrique

Manquant	26	
Absence de risque	23	6,7
Augmentation du risque de maladies	322	93,3

Risque pertinent: effet sur le comportement alimentaire			
Manquant	26		
Pas d'effet	30	8,7	
Augmentation de l'appétit	77	22,3	
Baisse de l'appétit	238	69,0	
On peut devenir dépendant du cannabis			
Non	18	4,9	
Oui	353	95,1	
Moment où l'on devient dépendant			
Manquant	18		
Dès qu'on essaye	97	27,5	
Dès qu'on en prend de temps en temps	98	27,8	
Dès qu'on en prend toutes les semaines	87	24,6	
Dès qu'on en prend tous les jours	71	20,1	
Le cannabis pourrait être mis en vente libre au même titre que le tabac ou l'alcool			
Tout à fait d'accord	20	5,4	
Plutôt d'accord	52	14,0	
Plutôt pas d'accord	75	20,2	
Pas du tout d'accord	224	60,4	
L'interdiction du cannabis est une atteinte à la liberté individuelle			
Tout à fait d'accord	34	9,2	
Plutôt d'accord	74	19,9	
Plutôt pas d'accord	65	17,5	
Pas du tout d'accord	198	53,4	
Consommation de cannabis (actuelle ou passée)			
Non	263	70,9	
Oui	108	29,1	
Age de la première consommation	108	17,7	5,7
Fréquence de la consommation			
Manquant	263		
Au moins une fois au cours de votre vie mais pas dans l'année	62	57,4	
Consommation au moins une fois dans l'année	25	23,1	
Entre 10 usages ou plus dans les 30 derniers jours	5	4,6	
Au moins une fois par jour durant les 30 derniers jours	16	14,8	
Type d'usage			
Manquant	263		
Solitaire	5	4,6	
Festif	80	74,1	
Solitaire et festif	23	21,3	

Association à l'alcool

Manquant	263	
Non	39	36,1
Oui	69	63,9

Association au tabac

Manquant	263	
Non	20	18,5
Oui	88	81,5

Association à la cocaïne

Manquant	263	
Non	98	90,7
Oui	10	9,3

Association à l'héroïne

Manquant	263	
Non	102	94,4
Oui	6	5,6

Association à l'ecstasy

Manquant	263	
Non	101	93,5
Oui	7	6,5

Association au LSD

Manquant	263	
Non	100	92,6
Oui	8	7,4

Association aux amphétamines

Manquant	263	
Non	101	93,5
Oui	7	6,5

Association aux kétamines

Manquant	263	
Non	104	96,3
Oui	4	3,7

Association aux médicaments psychotropes (hypnotiques, antidépresseurs,...)

Manquant	263	
Non	97	89,8
Oui	11	10,2

Association aux médicaments de substitution: Méthadone

Manquant	263	
Non	100	92,6
Oui	8	7,4

Association aux médicaments de substitution: Buprénorphine (Subutex®)

Manquant	263	
Non	100	92,6
Oui	8	7,4

Consommation de cannabis avant midi lors des 12 derniers mois

Manquant	263	
Non	93	86,1
Oui	15	13,9

Consommation de cannabis en étant seul(e)lors des 12 derniers mois

Manquant	263	
Non	86	79,6
Oui	22	20,4

Problèmes de mémoire en fumant du cannabis.

Manquant	263	
Non	89	82,4
Oui	19	17,6

Amis ayant conseillé de réduire la consommation de cannabis

Manquant	263	
Non	101	93,5
Oui	7	6,5

Tentative de réduction de la consommation de cannabis en vain

Manquant	263	
Non	97	89,8
Oui	11	10,2

Problèmes à cause de la consommation de cannabis (dispute, bagarre, accident, résultats à l'école…)

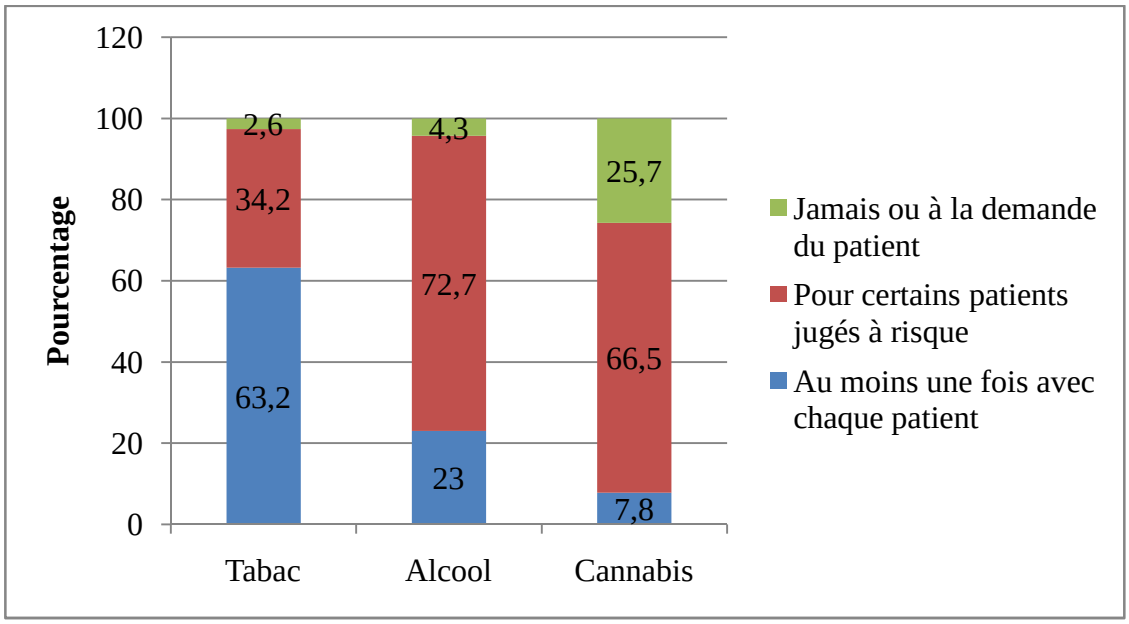
Manquant	263	
Non	95	88,0
Oui	13	12,0

---

* écart-type

Données LM. Analyse consultation méthodologie et statistiques EEC 30JUIN2014

<u>Annexe 25</u> : Médecins généralistes déclarant aborder la question des consommations de tabac, alcool et cannabis (en pourcentage).



Données Baromètre Santé médecins généralistes 2009

<u>Annexe 26</u> : Questionnaire qui pourrait permettre de déterminer les patients à risque de consommer du cannabis. Facteurs augmentant le risque/Facteurs baissant le risque de consommer.

VOS COORDONNES.

Sexe : Masculin
Age : <45 ans, > 45 ans
Profession : retraité

QUESTIONS : *Entourer votre réponse. (Une seule réponse pour chaque question).*

1) <u>Fumer du cannabis conduit inévitablement à consommer d'autres drogues</u> (exemples : héroïne, cocaïne, etc.)

a. Tout à fait d'accord
b. Plutôt d'accord
c. Plutôt pas d'accord
d. Pas du tout d'accord

2) <u>Pour vous, le cannabis est-il dangereux pour la santé</u> ?

Oui / Non

Si oui, celui-ci est dangereux :

a. Dès qu'on essaye
b. Dès qu'on en prend de temps en temps
c. Dès qu'on en prend toutes les semaines
d. Dès qu'on en prend tous les jours

3) Peut-on devenir dépendant du cannabis ?

Oui / Non

Si oui, on devient dépendant :

a. Dès qu'on essaye
b. Dès qu'on en prend de temps en temps
c. Dès qu'on en prend toutes les semaines
d. Dès qu'on en prend tous les jours

4) Le cannabis pourrait être mis en vente libre au même titre que le tabac ou l'alcool.

a. Tout à fait d'accord
b. Plutôt d'accord
c. Plutôt pas d'accord
d. Pas du tout d'accord

5) L'interdiction du cannabis est une atteinte à la liberté individuelle ?

a. Tout à fait d'accord
b. Plutôt d'accord
c. Plutôt pas d'accord
d. Pas du tout d'accord

VU

NANCY, le **29 septembre 2014**
Le Président de Thèse

Professeur R. SCHWAN

NANCY, le **29 septembre 2014**
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur H. COUDANE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/6727

NANCY, le 21/10/2014

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Par délégation

Monsieur M. DELIGNON

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Introduction : Depuis une dizaine d'années, des enquêtes épidémiologiques permettent de mesurer les niveaux de diffusion et d'usage ainsi que les perceptions et les opinions de la population française vis-à-vis des produits psychoactifs. Plusieurs outils de repérage de l'usage problématique de cannabis ont été mis en œuvre pour favoriser la prise en charge de celui-ci au niveau des soins primaires, en France et à l'étranger. Hors La dangerosité du cannabis justifie un dépistage précoce. Le médecin généraliste est probablement le mieux placé pour détecter les patients à risque de consommer du fait des caractéristiques de son activité. Aucun questionnaire validé permettant de repérer les caractéristiques d'une population à risque de consommateurs de cannabis n'a été retrouvé et peu d'enquêtes ont été réalisées en ce qui concerne la perception de la consommation de cannabis par les patients consultants le médecin généraliste, d'où l'idée et l'intérêt de ce travail. ***Matériel et méthode :*** Une enquête transversale a été réalisée sur une période de plus de 2 mois auprès de patients consultants en Médecine Générale à l'aide d'un questionnaire anonyme préalablement validé. Ces questionnaires ont été mis à disposition des patients dans la salle d'attente de 5 cabinets de Médecine Générale situés en Meurthe et Moselle. Les critères d'inclusion étaient : tous les patients consultants dont l'âge était ≥ à 18 ans. Les résultats ont été exploités à l'aide du logiciel EpiData version 3.1. ***Résultats :*** Sur les 371 questionnaires saisis, le cannabis apparaît alors pour la plupart des répondants comme une substance dangereuse et à risque de dépendance même si ce risque est légèrement sous-estimé par rapport aux données de la littérature. Les répondants de l'enquête apparaissent légèrement sous consommateurs par rapport à la population générale. Les perceptions ainsi que les opinions sur les politiques publiques varient en fonction de la proximité du répondant avec le produit. Cette étude a permis de montrer l'existence de facteurs associés à la consommation de cannabis. ***Discussion :*** Cette étude comporte des biais mais l'intérêt est que celle-ci n'a jamais été réalisée en Médecine Générale. Ce travail a permis de dégager un certain nombre d'items (le sexe, l'âge, le statut socio-professionnel, les réponses aux questions portant sur la « théorie de l'escalade », la perception de la dangerosité, la perception du pouvoir addictif et les opinions sur les politiques publiques) permettant de dépister un usage de consommation de cannabis basé sur les caractéristiques et les représentations sociales liées à la consommation chez les patients consultants en Médecine Générale. L'intérêt serait de pouvoir utiliser ceci sous forme d'un questionnaire en Médecine Générale au cours de la consultation. La prise en charge et la conduite à tenir par le médecin généraliste seraient alors différentes en fonction du risque estimé obtenu à ce questionnaire. Le but serait alors de pouvoir intervenir en prévention primaire et secondaire dans cette population à risque.

TITRE EN ANGLAIS: Assessment of perception and prevalence about cannabis consumption in general practice. Survey results conducted near patients visiting in general practice in Meurthe-et-Moselle.

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE– ANNÉE 2015

MOTS CLEFS : Cannabis, médecine générale, soins primaires, dépistage précoce, risque estimé.

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex