



**HAL**  
open science

# Les outils de repérage pour les troubles de l'usage du cannabis et leur adaptation au DSM-5 : une revue de littérature

Laura Artigaud, Clémentine Fener

## ► To cite this version:

Laura Artigaud, Clémentine Fener. Les outils de repérage pour les troubles de l'usage du cannabis et leur adaptation au DSM-5 : une revue de littérature. Médecine humaine et pathologie. 2019. hal-03298366

**HAL Id: hal-03298366**

**<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03298366>**

Submitted on 20 Apr 2022

**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](mailto: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.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

2019

## **THÈSE**

pour obtenir le grade de

### **DOCTEUR EN MEDECINE**

présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Spécialisée

par

**Laura Artigaud et Clémentine Fener**

Le 14 octobre 2019

**Les outils de repérage pour les troubles de l'usage du  
cannabis et leur adaptation au DSM-5 : une revue de  
littérature.**

Membres du Jury :

Monsieur le Professeur Raymund Schwan

Président

Monsieur le Professeur Bernard Kabuth

Juge

Monsieur le Professeur Vincent Laprévote

Juge et Directeur

Monsieur le Docteur Benjamin Rolland

Juge



**Président de l'Université de Lorraine**

:

**Professeur Pierre MUTZENHARDT**

**Doyen de la Faculté de Médecine**

**Professeur Marc BRAUN**

**Vice-doyenne**

Pr Laure JOLY

**Assesseurs :**

*Premier cycle* : Dr Julien SCALA-BERTOLA

*Deuxième cycle* : Pr Marie-Reine LOSSER

*Troisième cycle* : Pr Laure JOLY

*SIDES* : Dr Julien BROSEUS

*Formation à la recherche* : Pr Nelly AGRINIER

*Relations Grande Région* : Pr Thomas FUCHS-BUDER

*CUESIM* : Pr Stéphane ZUILY

**Chargés de mission**

*Bureau de docimologie* : Pr Guillaume VOGIN

*Orthophonie* : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER

*PACES* : Pr Mathias POUSSEL

*International* : Pr Jacques HUBERT

*Vie Facultaire* : Dr Philippe GUERCI

*Président de Conseil Pédagogique* : Pr Louise TYVAERT

*Président du Conseil Scientifique* : Pr Jean-Michel HASCOET

=====

**DOYENS HONORAIRES**

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

=====

**PROFESSEURS HONORAIRES**

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Louis BOUTROY - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER - Henry COUDANE - Jean-Pierre CRANCE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE - Bernard FOLIGUET - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Philippe HARTEMANN - Gérard HUBERT - Claude HURIET - Michèle KESSLER - François KOHLER - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - François MARCHAL - Jean-Claude MARCHAL - Yves MARTINET - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Daniel MOLÉ - Pierre MONIN - Pierre NABET - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Francis PENIN - Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER - Denis ZMIROU

=====

## **PROFESSEURS ÉMÉRITES**

Etienne ALIOT - Pierre BEY - Henry COUDANE - Serge BRIANÇON - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Michèle KESSLER - Alain LE FAOU - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Pierre VILLEMOT - Faiez ZANNAD

=====

## **PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS**

*(Disciplines du Conseil National des Universités)*

### **42<sup>e</sup> Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE**

#### **1<sup>re</sup> sous-section : (Anatomie)**

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

#### **2<sup>e</sup> sous-section : (Histologie, embryologie et cytogénétique)**

Professeur Christo CHRISTOV

#### **3<sup>e</sup> sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)**

Professeur Guillaume GAUCHOTTE

### **43<sup>e</sup> Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE**

#### **1<sup>re</sup> sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)**

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER - Professeur Antoine VERGER

#### **2<sup>e</sup> sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)**

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeure Valérie CROISÉ - Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur Benjamin GORY - Professeur Damien MANDRY - Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

### **44<sup>e</sup> Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION**

#### **1<sup>re</sup> sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)**

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER

#### **2<sup>e</sup> sous-section : (Physiologie)**

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur Mathias POUSSEL

#### **3<sup>e</sup> sous-section (Biologie cellulaire)**

Professeure Véronique DECOT-MAILLERET

#### **4<sup>e</sup> sous-section : (Nutrition)**

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

### **45<sup>e</sup> Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE**

#### **1<sup>re</sup> sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)**

Professeur Alain LOZNIÉWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

#### **2<sup>e</sup> sous-section : (Parasitologie et Mycologie)**

Professeure Marie MACHOUART

#### **3<sup>e</sup> sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)**

Professeur Bruno HOEN - Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

### **46<sup>e</sup> Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ**

#### **1<sup>re</sup> sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)**

Professeure Nelly AGRINIER - Professeur Francis GUILLEMIN

#### **4<sup>e</sup> sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)**

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

### **47<sup>e</sup> Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE**

#### **1<sup>re</sup> sous-section : (Hématologie ; transfusion)**

Professeur Pierre FEUGIER

#### **2<sup>e</sup> sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)**

Professeur Thierry CONROY - Professeur Frédéric MARCHAL - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Guillaume VOGIN

#### **3<sup>e</sup> sous-section : (Immunologie)**

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO

#### **4<sup>e</sup> sous-section : (Génétique)**

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

#### **48° Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

##### **1<sup>re</sup> sous-section : (*Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire*)**

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER  
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

##### **2<sup>e</sup> sous-section : (*Médecine intensive-réanimation*)**

Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

##### **3<sup>e</sup> sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)**

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

##### **4<sup>e</sup> sous-section : (*Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie*)**

Professeur Nicolas GIRERD - Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL

#### **49° Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION**

##### **1<sup>re</sup> sous-section : (*Neurologie*)**

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Sébastien RICHARD - Professeur Luc TAILLANDIER  
Professeure Louise TYVAERT

##### **2<sup>e</sup> sous-section : (*Neurochirurgie*)**

Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

##### **3<sup>e</sup> sous-section : (*Psychiatrie d'adultes ; addictologie*)**

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Vincent LAPREVOTE - Professeur Raymund SCHWAN

##### **4<sup>e</sup> sous-section : (*Pédopsychiatrie ; addictologie*)**

Professeur Bernard KABUTH

##### **5<sup>e</sup> sous-section : (*Médecine physique et de réadaptation*)**

Professeur Jean PAYSANT

#### **50° Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE**

##### **1<sup>re</sup> sous-section : (*Rhumatologie*)**

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

##### **2<sup>e</sup> sous-section : (*Chirurgie orthopédique et traumatologique*)**

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX

##### **3<sup>e</sup> sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)**

Professeure Anne-Claire BURSZTEJN - Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

##### **4<sup>e</sup> sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)**

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

#### **51° Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE**

##### **1<sup>re</sup> sous-section : (*Pneumologie ; addictologie*)**

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

##### **2<sup>e</sup> sous-section : (*Cardiologie*)**

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL

##### **3<sup>e</sup> sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardiovasculaire*)**

Professeur Juan-Pablo MAUREIRA - Professeur Stéphane RENAUD

##### **4<sup>e</sup> sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)**

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

#### **52° Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE**

##### **1<sup>re</sup> sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)**

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

##### **2<sup>e</sup> sous-section : (*Chirurgie viscérale et digestive*)**

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeure Adeline GERMAIN

##### **3<sup>e</sup> sous-section : (*Néphrologie*)**

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

##### **4<sup>e</sup> sous-section : (*Urologie*)**

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

#### **53° Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET MÉDECINE GÉNÉRALE**

##### **1<sup>re</sup> sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie*)**

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY  
Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

##### **3<sup>e</sup> sous-section : (*Médecine générale*)**

Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

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

**1<sup>re</sup> sous-section : (Pédiatrie)**

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET  
Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

**2<sup>e</sup> sous-section : (Chirurgie infantile)**

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

**3<sup>e</sup> sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)**

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

**4<sup>e</sup> sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)**

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

**55° Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU**

**1<sup>re</sup> sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)**

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

**2<sup>e</sup> sous-section : (Ophtalmologie)**

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD

**3<sup>e</sup> sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)**

Professeure Muriel BRIX

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS**

**61° Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL**

Professeur Walter BLONDEL

**64° Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE**

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

**65° Section : BIOLOGIE CELLULAIRE**

Professeure Céline HUSELSTEIN

=====

**PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE**

Professeure associée Sophie SIEGRIST

Professeur associé Olivier BOUCHY

=====

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS**

**42° Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE**

**1<sup>re</sup> sous-section : (Anatomie)**

Docteur Bruno GRIGNON

**2<sup>e</sup> sous-section : (Histologie, embryologie, et cytogénétique)**

Docteure Isabelle KOSCINSKI

**44° Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION**

**1<sup>re</sup> sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)**

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Catherine MALAPLATE - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

**2<sup>e</sup> sous-section : (Physiologie)**

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Jacques JONAS

**45° Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE**

**1<sup>re</sup> sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)**

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

**2<sup>e</sup> sous-section : (Parasitologie et mycologie)**

Docteure Anne DEBOURGOGNE

**46° Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ**

**1<sup>re</sup> sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)**

Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

Docteur Arnaud FLORENTIN (stagiaire)  
**2° sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)**  
Docteure Isabelle THAON  
**3° sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)**  
Docteur Laurent MARTRILLE

**47° Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE**

**1° sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)**  
Docteur Julien BROSEUS – Docteure Maud D'AVENI  
**2° sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)**  
Docteure Lina BOLOTINE  
**3° sous-section : (*Immunologie*)**  
Docteure Alice AARNINK (stagiaire)  
**4° sous-section : (*Génétiq*ue)**  
Docteure Céline BONNET

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

**1° sous-section : (*Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire*)**  
Docteur Philippe GUERCI  
**2° sous-section : (*Médecine intensive-réanimation*)**  
Docteur Antoine KIMMOUN  
**3° sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)**  
Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

**49° Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION**

**2° sous-section : (*Neurochirurgie*)**  
Docteur Fabien RECH (stagiaire)  
**3° sous-section : (*Psychiatrie d'adultes ; addictologie*)**  
Docteur Thomas SCHWITZER (stagiaire)

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

**4° sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)**  
Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

**51° Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE**

**3° sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*)**  
Docteur Fabrice VANHUYSE  
**4° sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire*)**  
Docteure Nicla SETTEMBRE

**52° Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE**

**1° sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)**  
Docteur Anthony LOPEZ  
**2° sous-section : (*Chirurgie viscérale et digestive*)**  
Docteur Cyril PERRENOT

**54° Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

**4° sous-section : (*Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; Gynécologie médicale*)**  
Docteure Eva FEIGERLOVA  
**5° sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)**  
Docteur Mikaël AGOPIANTZ (stagiaire)

**55° Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU**

**1° sous-section : (*Oto-Rhino-Laryngologie*)**  
Docteur Patrice GALLET

=====  
**MAÎTRES DE CONFÉRENCES**

**5° Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES**  
Monsieur Vincent LHUILLIER



**7° Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES**

Madame Christine DA SILVA-GENEST

**19° Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE**

Madame Joëlle KIVITS

**64° Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE**

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

**65° Section : BIOLOGIE CELLULAIRE**

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Christophe NEMOS

**66° Section : PHYSIOLOGIE**

Monsieur Nguyen TRAN

**69° Section : NEUROSCIENCES**

Madame Sylvie MULTON

=====

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE**

Docteur Cédric BERBE - Docteure Kénora CHAU

=====

**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 Würzburg (R.F.A)*  
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)  
*Research Institute for Mathematical Sciences de  
Kyoto (JAPON)*

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS  
(1996) *Université de Pennsylvanie (U.S.A)*  
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)  
*Université d'Helsinki (FINLANDE)*  
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)  
*Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)*  
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 notre président de thèse,**

**Monsieur le Professeur Raymund Schwan,**

*Professeur des Universités et Praticien Hospitalier de Psychiatrie*

Vous nous faites l'honneur de présider le jury de notre thèse et nous vous en sommes très reconnaissantes.

Nous vous remercions pour votre confiance à l'égard de notre travail et pour votre engagement dans la formation des internes tout au long de notre cursus.

Pour nos échanges lors des rencontres universitaires et pédagogiques.

Veillez recevoir l'expression de notre profond respect et de notre gratitude.

**A notre juge,**

**Monsieur le Professeur Bernard Kabuth,**

*Professeur des Universités et Praticien Hospitalier de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent*

Nous sommes particulièrement honorées de votre participation à notre jury de thèse et nous vous en remercions infiniment.

Nous vous remercions également pour la richesse de vos enseignements cliniques et votre enthousiasme communicatif à transmettre votre expérience.

Pour avoir fait naître une vocation pour votre spécialité pour l'une d'entre nous.

Nous espérons que vous trouverez ici l'expression de notre reconnaissance et de notre profond respect.

**A notre directeur de thèse,**

**Monsieur le Professeur Vincent Laprèvote,**

*Professeur des Universités et Praticien Hospitalier de Psychiatrie*

Vous nous avez fait l'honneur de diriger notre thèse. Pour nous avoir fait confiance pour mener à bien le travail que vous nous avez confié, nous tenons à vous adresser nos plus sincères remerciements.

Pour votre disponibilité, votre patience, votre bienveillance et vos encouragements.

Pour nous avoir guidées à chaque étape de la réalisation de notre travail.

Pour donner de votre temps pour l'accueil des internes et pour vos enseignements tout au long de notre internat.

Nous vous témoignons notre reconnaissance et notre plus grand respect.

**A notre juge,**

**Monsieur le Docteur Benjamin Rolland,**

*Maitre de Conférence des Universités et Praticien Hospitalier de Psychiatrie*

Nous sommes extrêmement honorées de votre participation à notre jury de thèse.

Nous vous remercions de la confiance que vous avez témoignée en nous permettant de participer à ce travail de validation de la version française du CUDIT-R.

Merci pour votre implication et vos précieux conseils durant l'élaboration de notre travail de thèse.

Nous vous exprimons notre sincère gratitude et notre profond respect.

## Remerciements de Laura ARTIGAUD

*A ma co-interne de thèse, Clémentine, pour son investissement personnel dans ce travail et pour avoir partagé mes moments de doute.*

*Aux patients qui ont participé à notre inclusion, pour ces entretiens si enrichissants.*

*Aux médecins et internes qui m'ont aidée lors du recrutement. Au Dr Eve Cosker et au Dr Michael Bisch pour leur contribution.*

***A tous les médecins qui m'ont accompagnée, à toutes les équipes qui m'ont accueillie pendant ces 4 ans,***

*Et particulièrement,*

*A l'équipe de pédopsychiatrie de Brabois pour avoir su interroger mes choix. Merci d'avoir guidé mes premiers pas en pédopsychiatrie.*

*A Fabienne, pour la richesse de tes conseils.*

*A Marie-Chantal, pour avoir été une 2<sup>e</sup> maman pendant ces semestres.*

*A toute l'équipe du CMP de Lunéville. A Stéphanie, pour m'avoir fait confiance pendant ces 2 semestres. C'est un plaisir de travailler prochainement à vos côtés.*

*A Catherine et Harmony, pour avoir été celle qui fait parler les enfants mutiques.*

*A l'ensemble du CMP d'Essey pour votre bienveillance et vos encouragements durant ces derniers mois. J'ai tant appris, de chacun de vous. J'espère que nos chemins se recroiseront.*

*A Géraldine pour ton sens de la physionomie et ton soutien salvateur ces dernières semaines. A Aurélie pour cette première séance d'EMDR que je n'oublierai jamais.*

*A Aline, pour ta confiance.*

*A Claudie pour avoir supporté mes dizaines de mails et d'appels avec le sourire.*

*A Thérèse pour avoir éclairé ma vie personnelle et professionnelle.*

*Aux patients qui me poussent à m'améliorer et m'apprennent chaque jour. A Mme G. qui m'a rappelée récemment la valeur de la vie.*



## **A ma famille,**

*A Mimouna, ma mère juive, pour ton amour, ton exemple, ta force.*

*Si j'en suis là aujourd'hui, c'est grâce à toi, dix ans après. Merci de m'avoir donné des ailes pour voler et des racines pour revenir à la maison quand j'en ai besoin.*

*J'espère que tu es aussi fière aujourd'hui que je le suis d'être ta fille.*

*Je sais bien que je te l'ai trop dit mais je te le dis quand même : je t'aime.*

*A ma sœur, pour ta folie et ta détermination, ta passion pour Freud et pour ce lien unique qui nous unit et dont je suis tellement fière.*

*Je mesure la chance que j'ai de t'avoir dans ma vie, pour la vie.*

*A mon père, pour ton soutien et tes encouragements, pour tes talents de bricoleur et de déménageur.*

*A mes grands-parents, pour votre amour inconditionnel.*

*A mon grand-père, tu n'es plus là où tu étais, mais tu es partout là où je suis.*

*A mon parrain, ma marraine, mes cousines.*

*A ma famille, quelques fois bruyante, envahissante mais si aimante.*

*The sun shines today.*

## **A mes amis,**

*A Marie, pour avoir été la meilleure coloc du monde. Pour ta présence quand j'en ai eu besoin, ton soutien sans faille ces derniers mois comme dans les moments difficiles et ton éternelle bienveillance.*

*A Laura, pour ton utilisation singulière des virgules, pour m'avoir montré les ricochets dans l'eau que laissent les rencontres et transmis le chemin pour être une femme qui court avec les loups.*

*A mes amis marseillais, depuis dix ans et un fameux Téléthon, toujours présents malgré la distance. Vincent je resterai toujours ta VP victime. Lucie, pour ton courage et ta résilience qui me font grandir. A Coline, pour tes conseils qui m'ont aidée quand j'étais perdue. A Julie, à cause de la couleur des blés.*

*A Perrine, pour ton sourire communicatif, ton amitié et pour avoir su apaiser mes angoisses dans les moments compliqués de l'internat.*

*A Marie, pour m'avoir si bien accueillie en Lorraine et pour le dumping social. A PH, pour nos convoiturages psychanalytiques qui nous font rater les sorties d'autoroute. A Marion, pour nos longues discussions à réinventer nos vies qui étaient pour moi d'une richesse inouïe. A Jeanne, pour ta présence inestimable à mes côtés depuis notre premier jour comme internes. A Marie, pour notre découverte commune de la pédopsychiatrie. A Coralie, pour nos réflexions partagées sur la psychothérapie et la supervision. A Julie et Caroline pour cette tu' rentrée et mes débuts dans le brouillard.*

*A mes co-internes de stage ou de promo rencontrés pendant ces 8 semestres et qui sont devenus des amis.*

*A mes anciens bureaux associatifs pour les années folles passées avec vous. A mon bureau actuel d'ALIPsy, à ceux qui m'ont suivie dans cette aventure, à Gregory et Ambre qui m'ont épaulée ces derniers mois.*

*A ceux que le destin a mis sur ma route et qui ont changé ma vie.*

## Remerciements de Clémentine FENER

*A Laura, pour la confiance qu'elle m'a accordée pour effectuer ce travail de longue haleine avec elle et pour son sérieux.*

*Aux patients ayant accepté de participer au recrutement en répondant aux questionnaires, souvent avec le sourire et avec des échanges intéressants.*

*Aux chefs de service du Pôle 4, le Dr Michel Blanc, et de la Clinique des Addictions, le Dr Olivier Pouclet, pour avoir accepté la passation des questionnaires aux patients de leurs unités.*

**Aux médecins qui ont participé à ma formation et au contact desquels j'ai tant appris au cours de mon internat,**

*Aux Drs Véronique Adnet, Bertrand Ducrocq et Bernard Rebois de l'Hôpital Sainte-Blandine : merci pour ce premier stage en psychiatrie qui m'a passionnée, pour votre disponibilité et toutes les connaissances que vous m'avez transmises.*

*Au Dr Charlotte Chamagne de l'Hôpital d'Enfants : merci pour ta disponibilité et pour cette première expérience très formatrice en pédopsychiatrie.*

*Aux Drs Michel Blanc, Roxana Andone, Caroline Soler, Eric Claudot et Renée Savonnière du Pôle 4 de l'Hôpital de Jury : merci pour ces deux semestres très enrichissants, pour votre disponibilité, votre encadrement de qualité et tous les apprentissages pratiques et théoriques que j'ai faits à vos côtés.*

*Aux Drs Olivier Pouclet et Etienne Hiegel de la Clinique des Addictions de l'Hôpital de Jury : merci pour votre disponibilité et la transmission de vos connaissances dans le domaine de l'addictologie.*

*Aux Drs Pierre Horrach, Elsa Clerget, Stéphanie Bourion, Caroline Pham-Dinh et Guillaume Bourgeois du SMPR : merci pour cette expérience de la psychiatrie en milieu pénitentiaire qui m'a énormément plu grâce à votre disponibilité, votre soutien et la transmission de vos savoirs.*

*Aux Drs Assia Zerrouk et Marine Suty de l'UHA : merci pour cette expérience palpitante au contact des patients adolescents, pour votre aide à appréhender cette population de patients, votre disponibilité et votre gentillesse.*

**Aux équipes paramédicales,**

*Merci aux infirmier(e)s, aide-soignant(e)s, cadres, psychologues, assistantes sociales, secrétaires, le partage de vos expériences dans vos domaines de compétences a été très enrichissant.*

**A mes co-internes,**

*Merci pour les bons moments partagés, et merci plus particulièrement à Camille pour sa gentillesse qui m'a beaucoup touchée.*

**A ma famille,**

*Merci à Mickaël, mon mari, pour son soutien à toute épreuve durant ces six dernières années, pour ton aide dans la traduction anglaise et pour m'avoir permis d'avoir le temps de travailler ma thèse ces derniers mois en t'occupant de Guillaume !*

*Merci à mon petit Guillaume, mon fils, qui illumine ma vie depuis quelques semaines, avec ses sourires et ses gazouillis, merci de m'avoir laissé quelques minutes de répit par-ci par-là pour finaliser la rédaction de la thèse.*

*Merci à mes parents, pour leur présence depuis toujours, leur soutien indéfectible, leur aide chaque fois que j'en avais besoin et pour avoir toujours cru en moi.*

*Merci à mes grands-parents pour leur grande gentillesse et leur amour inconditionnel.*

*Merci à ma sœur Marie, pour sa gentillesse, ses conseils et pour avoir ouvert la voie.*

*Merci à Logan, mon beau-frère, pour sa gentillesse et sa bonne humeur.*

*Merci à ma belle-famille, et plus particulièrement Alyson, Rosine et Marie-Noëlle pour leur aide et leur soutien.*

## SERMENT

« **A**u 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 ».

## Liste des abréviations

ALAC : Alcohol Advisory Council

APA : American Psychiatric Association

ASSIST : Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test

AUC : Aire sous la Courbe ROC

AUDIT : Alcohol Use Disorders Identification Test

B-MACQ : Brief-Marijuana Consequences Questionnaire

CAGE-cannabis : Cut, Annoyed, Guilty, Eye-opener

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies 10e édition

CPQ : Cannabis Problems Questionnaire

CPQ-A : Cannabis Problems Questionnaire for Adolescent

CAST : Cannabis Abuse Screening Test

CJC : Consultations Jeunes Consommateurs

CSAPA : Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

CUDIT : Cannabis Use Disorder Identification Test

CUDIT-R : Cannabis Use Disorder Identification Test-Revised

CUPIT : Cannabis Use Problems Identification Test

DSM-5 : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5<sup>ème</sup> édition

DSM-IV : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4<sup>ème</sup> édition

DSM-IV-TR : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4<sup>ème</sup> édition révisée

DUDIT : Drug Use Disorders Identification Test

HAS : Haute Autorité de Santé

MACQ : Marijuana Consequences Questionnaire

MSI : Marijuana Screening Inventory

MSI-X : Marijuana Screening Inventory révisée

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PUM : Problematic Use of Marijuana

SDS : Severity of Dependence Scale

SDSS : Substance Dependence Severity Scale

VPN : Valeur Prédictive Négative

VPP : Valeur Prédictive Positive

# TABLE DES MATIÈRES

PRÉSENTATION DU SUJET .....	23
1. Contextes européen et français de l'usage du cannabis.....	23
2. Concepts diagnostiques d'un trouble de l'usage du cannabis.....	25
3. Repérage des situations d'usage du cannabis .....	26
4. Participation à l'étude multicentrique de validation de la traduction de l'échelle Cannabis Use Disorder Identification Test dans sa version révisée (CUDIT-R) en langue française.....	29
ARTICLE .....	33
Résumé .....	35
Abstract .....	36
Introduction.....	37
Critères d'un trouble de l'usage du cannabis .....	39
Outils de repérage des troubles de l'usage du cannabis .....	43
Un outil adapté au DSM-5 : le CUDIT-R.....	48
Conclusion.....	53
Déclaration de liens d'intérêts .....	53
Annexes.....	54
Bibliographie.....	56
CONCLUSION .....	59
ANNEXES .....	67
BIBLIOGRAPHIE.....	73



# PRÉSENTATION DU SUJET

## *1. Contextes européen et français de l'usage du cannabis*

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), une substance psychoactive est une substance qui, lorsqu'elle est ingérée ou administrée, altère les processus mentaux, comme les fonctions cognitives ou l'affect (1). Cette désignation, de même que son équivalent de psychotrope, sont les termes les plus neutres et descriptifs qui puissent s'appliquer à toute la catégorie des substances, licites ou non.

Parmi les substances psychoactives illicites, le cannabis est celle la plus consommée en Europe (2). Plus de 24 millions d'Européens de 15 à 64 ans ont consommé du cannabis l'année dernière et parmi eux, plus de 17 millions avaient entre 15 et 34 ans. Il apparaît que 91,2 millions de la population européenne adulte ont consommé du cannabis au cours de leur vie, ce qui doit en faire une problématique majeure européenne et française (3).

Au sein de l'Union Européenne, la France se distingue surtout par ses niveaux d'usage du cannabis élevés, en particulier parmi les jeunes, comparables aux pays les plus consommateurs du monde (les Etats-Unis et le Canada). Cette tendance singulière semble se confirmer depuis les années 2000 avec des chiffres similaires (4). Comme nous le savons, l'adolescence est l'une des principales périodes d'initiation aux psychotropes et il doit être porté une attention particulière à la consommation de toxiques dans cette population.

Dans ce contexte, a été lancé un plan gouvernemental en France, le Plan National de Mobilisation contre les Addictions (2018-2022) (5). Parmi les différentes articulations de ce plan, la prévention et l'intervention précoce apparaissent comme essentielles, tout comme la systématisation et le renforcement du repérage des conduites addictives, en développant notamment le recours aux outils d'auto-évaluation.

Parmi les trois substances psychoactives les plus répandues (alcool, tabac, cannabis), le cannabis est perçu par les Français comme celle dont il est le plus difficile de se sevrer quand une consommation a été initiée, juste devant le tabac (6).

Gobbi et collaborateurs ont montré, dans une méta-analyse de 11 études, sur plus de 23 000 individus et une revue de la littérature récente publiée en 2019, que la consommation de cannabis chez les adolescents était associée à un risque accru de développer une dépression et un comportement suicidaire à l'âge adulte, même en l'absence de facteurs prémorbides. Cette étude suggère que près de 7% des dépressions chez l'adulte seraient causées par une consommation de cannabis durant l'adolescence (7).

La prévention chez les populations les plus jeunes est bien une nécessité quand la consommation de cannabis mensuelle des adolescents de 16 ans place la France en première position face à plus de trente pays européens. Bien que souvent banalisé et dédramatisé dans la population des adolescents et des jeunes adultes, l'usage régulier du cannabis dès le plus jeune âge est associé à de moins bons résultats scolaires, à une dépendance, à des troubles psychotiques et à un déclin neuropsychologique conduisant à un risque accru d'accidents de la voie publique ainsi qu'à des problèmes

respiratoires (7). Malgré ces conséquences négatives notables, le risque reste perçu comme faible par les jeunes usagers, le cannabis bénéficiant d'une image positive dans la société.

Ces données doivent nous faire considérer l'usage du cannabis et par conséquent sa prévention et son dépistage comme des enjeux majeurs de santé publique, visant une réduction des risques.

## *2. Concepts diagnostiques d'un trouble de l'usage du cannabis*

Comme nous le détaillerons dans l'article ci-après, les concepts diagnostiques ont évolué suite à la publication de la 5<sup>ème</sup> version du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) de l'American Psychiatric Association (APA) en 2013.

Les diagnostics d'abus et de dépendance ont été retirés pour fusionner au profit de l'introduction du trouble de l'usage du cannabis. Parmi les principales modifications, nous noterons que le critère « problèmes judiciaires » a été supprimé, jugé peu fiable, car fonction de la législation en un lieu et à un moment donné et ne pouvant être acceptable comme unique critère pour poser un diagnostic de pathologie psychiatrique ou addictive (8).

L'approche catégorielle, dont se sont inspirées les différentes classifications jusqu'alors, est une approche traditionnelle qui caractérise classiquement toute entreprise de classification : il s'agit d'établir, le plus subtilement possible, des catégories précises aux propriétés clairement définies (9)(10). Différentes analyses

factorielles ont montré que “abus” et “dépendance” ne formaient alors qu’une seule et même dimension.

La nouvelle présentation des concepts diagnostiques dans le DSM-5 semble s’inspirer d’une approche dimensionnelle, qui serait alors l’idée que le diagnostic puisse se distribuer selon différents degrés, le long d’un axe continu (11).

### *3. Repérage des situations d’usage du cannabis*

Un bon outil de dépistage doit présenter plusieurs caractéristiques : il doit être simple, rapide, acceptable, peu coûteux et utilisable dans la pratique courante. Il doit être performant et posséder de bonnes caractéristiques psychométriques en termes de reproductibilité et de validité, avec notamment une sensibilité élevée. Plus spécifiquement, il est important qu’un outil concernant les troubles de l’usage du cannabis soit validé pour une population d’adolescents et de jeunes adultes, étant donné l’importance de ces catégories d’âge parmi les consommateurs de cannabis.

Il faut donc réussir à traduire ce concept en critères puis en questions, afin d’aider le clinicien dans son repérage auprès du patient, notamment avec l’aide d’outils référencés.

Toutefois, ce repérage standardisé n’a pas vocation à se substituer à un diagnostic clinique.

Il n'existe pas, à notre connaissance, d'outil défini comme « universel » et validé pour le repérage optimal du trouble de l'usage du cannabis, quel que soit le type de population concernée, dans un contexte à la fois épidémiologique et clinique.

Trois types d'outils permettent cependant de repérer un éventuel usage du cannabis :

- L'entretien clinique sur le principe de l'auto-déclaration du patient. Le soignant pourra poser des questions portant sur la fréquence de la consommation, ses quantités, son mode d'usage, ses conséquences etc.
- Les tests de dépistage biologique en milieux sanguin, urinaire, salivaire ou encore capillaire. Cependant, ces tests restent peu informatifs sur le temps écoulé depuis la dernière consommation (17).
- Les questionnaires de repérage standardisés que nous détaillerons ici.

Un questionnaire est considéré comme « valide » pour repérer un trouble de l'usage du cannabis quand une étude statistique démontre ses qualités psychométriques, c'est-à-dire sa capacité à mesurer correctement la présence de troubles associés à l'usage du cannabis.

Son utilisation permet donc de détecter correctement les personnes qui rencontrent des troubles liés à l'usage du cannabis.

Le questionnaire qui serait le mieux adapté à ce repérage doit être bref (10 questions maximum, temps de passation ne dépassant pas 10 minutes), utilisant des questions directes et non stigmatisantes.

Les critères principaux utilisés pour valider un outil de repérage sont les suivants :

- *La fiabilité* : capacité de l'outil à détecter un trouble particulier. La fiabilité « test-retest » permet d'évaluer la stabilité du score obtenu à l'échelle lorsque celle-ci est soumise de nouveau au même patient par le même examinateur à distance de la première passation.
- *La cohérence interne* : homogénéité de l'outil de repérage, évaluée le plus souvent par l'indice de Cronbach entre 0 et 1 (une valeur supérieure à 0,80 est indicatrice de bonne cohérence).
- *La validité* : précision du repérage de troubles liés à l'usage, critère parmi lequel nous pouvons citer la validité de contenu (contenu pertinent par rapport à ce qu'il doit mesurer), la validité du construit (mesure bien ce qu'il doit mesurer pour pouvoir en tirer un résultat).
- *La sensibilité* : probabilité que le repérage soit positif si le sujet est réellement en situation de trouble de l'usage. Il est donc une garantie de puissance et d'efficacité.
- *La spécificité* : probabilité que le repérage soit négatif lorsqu'il n'y a pas de trouble de l'usage. Un instrument de repérage est d'autant plus spécifique que les positifs qu'il révèle sont de vrais positifs.
- *La valeur prédictive positive/négative* : probabilité que le trouble soit présent/absent lorsque l'outil donne un repérage positif/négatif.

Un bon outil de repérage doit être très sensible et très spécifique mais, le plus souvent, plus il est sensible moins il est spécifique.

Ces outils peuvent être utilisés dans diverses populations avec différents objectifs :

- En contexte épidémiologique : ils permettent une estimation de la prévalence des troubles de l'usage du cannabis en population générale, voire dans une population à caractéristiques spécifiques si nécessaire.
- En contexte clinique : ces échelles permettent un repérage des usagers à risque, remplissant les critères pour un trouble de l'usage du cannabis, de sévérité légère, moyenne ou grave et de proposer une prise en charge adaptée.

#### *4. Participation à l'étude multicentrique de validation de la traduction de l'échelle Cannabis Use Disorder Identification Test dans sa version révisée (CUDIT-R) en langue française*

Au fil de nos différents stages au cours de notre internat, nous avons pris en charge des patients qui rapportaient une consommation de cannabis, parfois en quantité importante, parfois régulière voire quotidienne.

Que ce soit dans les stages de pédopsychiatrie ou ceux de psychiatrie d'adultes, nous nous sommes rendu compte que l'usage du cannabis pouvait toucher toutes les populations, hommes comme femmes, mineurs, adultes jeunes ou plus âgés, et cela quelle que soit la catégorie socio-économique du consommateur comme de sa famille. De plus, l'usage du cannabis pouvait être une comorbidité addictive de n'importe quel autre trouble psychiatrique (épisode dépressif caractérisé, épisode maniaque, trouble bipolaire, schizophrénie, troubles anxieux etc.) et/ou de n'importe quelle autre

comorbidité addictive (troubles liés à l'alcool, au tabac, aux opiacés, aux stimulants, aux hallucinogènes etc.).

Il était parfois peu aisé d'aborder cette problématique au cours du premier entretien sans paraître trop inquisitoire, tout en établissant une relation de confiance avec le patient pour la suite de la prise en charge. De même, questionner les consommations au cours du suivi peut altérer une relation de confiance déjà établie. Il semble qu'une médiation par une échelle prend alors tout son sens dans ce contexte.

C'est ainsi que nous avons participé à la validation de la traduction de l'échelle CUDIT-R en langue française au sein d'une étude multicentrique se déroulant à Lyon et à Nancy sous la direction du Dr Benjamin Rolland et du Pr Vincent Laprévote.

Notre travail a consisté en la passation de différentes échelles de troubles de l'usage du cannabis en population clinique auprès de patients hospitalisés ou suivis en ambulatoire. Parmi ces échelles, nous retrouvons :

- Les critères du DSM-5 pour un trouble de l'usage du cannabis, soit 11 items.
- Le Cannabis Abuse Screening Test (CAST), seule échelle validée en langue française et composée de 6 items.
- Le **CUDIT-R** dans sa version traduite en français, comprenant 8 items.

Certains patients ont bénéficié d'une deuxième passation du CUDIT-R cinq à quinze jours après la première, afin de vérifier la fiabilité « test-retest » pour notre étude.



Les questionnaires et le formulaire de passation sont disponibles en Annexe 1.

Les critères d'inclusion pour cette étude étaient :

- Etre une personne majeure.
- Avoir consommé du cannabis dans les 6 mois précédents la passation des échelles.
- Tout usager de cannabis quelles que soient les comorbidités psychiatriques ou addictives.

Nous avons donc inclus des patients entre mars et octobre 2018 à Nancy et entre mai 2017 et avril 2018 à Metz.

Nous avons effectué un recueil de données dans 2 services d'hospitalisation du Centre Hospitalier de Jury les Metz : le service du Pôle 4, service de secteur de psychiatrie pour adultes avec temps complet et hospitalisation séquentielle ; le service de la Clinique des Addictions prenant en charge des patients pour séjour de sevrage programmé dans le cadre de leur suivi addictologique ambulatoire.

Nous avons également réalisé un recueil de données au Centre Psychothérapique de Nancy à Laxou dans les différents services d'hospitalisation du Pôle du Grand Nancy en soins libres : l'unité C, l'unité D et l'unité F, dans le service ACTiv, hôpital de jour orienté vers les thérapies d'acceptation et d'engagement et à la Maison des Adolescents via la Consultation Jeunes Consommateurs (CJC) accueillant des jeunes jusqu'à 25 ans, avec l'aide du Dr Michael Bisch.

La passation des échelles s'est déroulée soit sur le mode d'auto-questionnaires réalisés par le patient soit à sa demande, en entretien avec l'investigateur qui pouvait présenter alors les items en posant les questions directement à l'utilisateur.

Nous avons observé que les échelles ont été généralement bien accueillies par les patients, qui y ont participé sans rapporter de difficultés ou d'incompréhension quant au déroulement de l'entretien.

Il nous apparaît donc que l'échelle, et notamment le CUDIT-R, est une médiation intéressante et facile d'utilisation pour rechercher les troubles de l'usage du cannabis et pour pouvoir initier un lien avec notre patient en vue d'établir une relation de confiance pour la suite des soins.

Nous avons donc réalisé une revue narrative de la littérature concernant les différents outils de mesure de l'usage du cannabis. En fonction des propriétés et caractéristiques psychométriques de ces échelles, nous y analyserons la place du CUDIT-R afin de confirmer la pertinence de cette nouvelle version, adaptée aux critères du DSM-5.

# ARTICLE

# Les outils de repérage pour les troubles de l'usage du cannabis et leur adaptation au DSM-5 : une revue de littérature.

## Screening tools for cannabis use disorders and their adaptation on DSM-5: a literature review.

**Artigaud Laura<sup>a</sup> (1), Fener Clémentine<sup>a</sup> (1), Bisch Michael (2), Schwan Raymund (1,2,3,4), Schwitzer Thomas (1,3,4), De Ternay Julia (5), Adamson Simon J. (7), Rolland Benjamin (5,6), Laprèvote Vincent (1,3,4)**

1. Université de Lorraine, Faculté de médecine, 54000 Nancy, France
2. Maison des addictions, CHU Nancy, 54000 Nancy, France
3. Pôle Hospitalo-Universitaire de Psychiatrie d'Adultes du Grand Nancy, Centre Psychothérapique de Nancy, Laxou, France
4. INSERM U1114, Fédération de Médecine Translationnelle de Strasbourg, Département de Psychiatrie, Centre Hospitalier Régional Universitaire de Strasbourg, Strasbourg, France
5. Service Universitaire d'Addictologie de Lyon (SUAL), Pôle MOPHA, F-69500, Bron, CH Le Vinatier, France
6. Université de Lyon ; UCBL ; INSERM U1028 ; CNRS UMR5292, Centre de Recherche en Neurosciences de Lyon (CRNL), F-69678, Bron, France
7. Department of Psychological Medicine, University of Otago, Christchurch, New Zealand.

<sup>a</sup> : Ont également contribué à la rédaction de l'article

\*auteur correspondant : Laprèvote Vincent, Pôle Hospitalo-Universitaire de Psychiatrie du Grand Nancy, Centre Psychothérapique de Nancy, BP. 11010, 54521 Laxou Cedex

Tel. +33 3 83 92 68 22 ; Vincent.Laprevote@cpn-laxou.com

Conflits d'intérêt : Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt.

Journal : L'Encéphale

Rubrique : Revue de la littérature

Mots-clés : Cannabis – Trouble de l'usage du cannabis – Outils de repérage – CUDIT-R

Keywords : Cannabis – Cannabis Use disorder – Screening tools – CUDIT-R

Nombre de pages : 15

Nombre de caractères (espaces compris) : 24 734

Nombre de figures : 6

Nombre de références : 38

## Résumé

*Objectifs.* – La consommation de cannabis est très répandue en France, notamment parmi les adolescents et jeunes adultes, avec parfois de graves conséquences somatiques, psychiatriques et sociales. Le repérage précoce des troubles de l’usage du cannabis est désormais un enjeu majeur de santé publique. Les questionnaires standardisés reposant sur l’auto-déclaration du patient représentent la meilleure option pour ce repérage, du fait de leur fiabilité et de leur simplicité.

*Méthodes.* – Nous avons effectué une revue narrative de la littérature concernant les différents outils de mesure de l’usage du cannabis sur PubMed. Ont été retenus les questionnaires spécifiques au cannabis, validés en populations adolescentes et/ou adultes, issus d’articles scientifiques en langues anglaise ou française parus entre 1995 et 2015.

*Résultats.* – Seize questionnaires ont été retenus. Seuls cinq d’entre eux (CAGE-cannabis, CAST, CUDIT/CUDIT-R, PUM et SDS) possèdent de bonnes caractéristiques pour un repérage dans la pratique clinique quotidienne : brefs (moins de dix questions) et passation rapide (moins de dix minutes). Seul le CAST est validé en langue française. Le CUDIT-R est en cours de validation française et est le seul à être validé en comparaison aux critères diagnostiques du DSM-5.

*Conclusion.* – Ces questionnaires ne se substituent pas à un diagnostic clinique et doivent être suivis d’une évaluation par un spécialiste. Toutefois, ils représentent une médiation intéressante, facilitant la prise de conscience du patient et son engagement dans les soins.

## **Abstract**

*Objectives.* - Cannabis use is widespread in France, in particular among adolescents and young adults. Cannabis use can induce severe somatic, psychiatric and social consequences. Early identification and appropriate care of cannabis use disorders thus constitute a major public health issue. Standardized questionnaires based on patient self-reporting are recognized as the best option for identifying cannabis use disorders because of their reliability and simplicity.

*Methods.* - We conducted a narrative literature review on cannabis use assessment tools on PubMed and selected cannabis-specific questionnaires, validated for adolescent and/or adult populations, from scientific articles in English or French between 1995 and 2015.

*Results.* - Sixteen questionnaires were found according to the inclusion criteria. The CAGE-cannabis, the CAST, the CUDIT and its revised version the CUDIT-R, the PUM and the SDS are the only ones that have good characteristics for a short screening tool adapted to daily clinical practice, namely to be brief (less than 10 questions) and quick handover (less than 10 minutes). Only the CAST has been validated in French and the CUDIT-R is currently being validated. In the DSM-5, diagnoses of abuse or addiction have been grouped into a single diagnosis of cannabis use disorders with different levels of severity. It is relevant that tools used for screening take account of these new diagnostic concepts. The CUDIT-R is currently the only one to be validated based on DSM-5 diagnostic criteria.

*Conclusion.* - Among the many questionnaires available, few are suited for daily clinical practice in France because of their complexity, their long duration or the absence of a validated French translation. The CUDIT-R has good psychometric characteristics, is simple to use and has been validated according to the criteria of DSM-5. These questionnaires are obviously not a substitute for a clinical diagnosis and must be followed by a specialist's evaluation. However, they remain an interesting mediation, encouraging patient's awareness and commitment to care.

## Introduction

Le cannabis est la drogue illicite la plus consommée en Europe (1). Un Français sur trois a déjà consommé du cannabis et un sur dix en a consommé durant l'année (2). 1,4 million de Français sont des usagers réguliers dont 700 000 quotidiens. Cette consommation touche plus particulièrement les adolescents et les jeunes adultes avec des chiffres en hausse ces dernières années. Un adolescent de 16 ans sur trois a déjà expérimenté le cannabis et 9% sont des usagers réguliers à 17 ans. Ce constat fait craindre une augmentation de la prévalence des conséquences néfastes du cannabis, qui sont maintenant bien connues. La détection et la prise en charge précoces des troubles de l'usage du cannabis apparaissent alors comme des enjeux majeurs afin d'éviter notamment le développement de cancers, de maladies cardio-vasculaires et respiratoires, l'induction de troubles psychotiques, anxieux et de l'humeur, l'altération des fonctions cognitives, un surrisque de mortalité par accident de voiture et une altération du fonctionnement social (décrochage scolaire, perte d'emploi, problèmes judiciaires) (3). L'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) rapporte une prévalence de 2% d'usage problématique du cannabis chez les 18-64 ans et 8% déjà à l'âge de 17 ans (2). A l'heure actuelle, 56 000 patients sont suivis en raison de leur consommation de cannabis en Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), dont 22 000 adolescents et jeunes adultes accueillis en Consultations Jeunes Consommateurs (CJC). La constante augmentation du nombre de patients pris en charge ces dix dernières années illustre la problématique d'importance croissante du cannabis comme objectif de santé publique.

Afin d'orienter au mieux les usagers vers une prise en charge adaptée et ainsi prévenir les conséquences liées à un usage problématique du cannabis, il est indispensable de disposer d'outils de repérage appropriés et performants. L'utilisation de tels outils par les professionnels de santé de premier recours, notamment les médecins généralistes ou les professionnels de

la santé scolaire, permet d'identifier les individus à risque et de les orienter vers une prise en charge psychosociale ou médicale précoce. Les professionnels de santé au niveau secondaire (addictologues, psychiatres, CSAPA, CJC...) peuvent également utiliser ces outils afin de diagnostiquer et mesurer la dépendance au cannabis.

Trois types d'outils permettent de repérer un éventuel usage de cannabis. L'entretien clinique permet au soignant de poser des questions portant sur la fréquence de la consommation, ses quantités, son mode d'usage, ses conséquences etc. Les soignants disposent aussi de tests de dépistage biologique en milieux sanguin, urinaire, salivaire ou encore capillaire qui restent cependant peu informatifs sur le temps écoulé depuis la dernière consommation et ne renseignent pas sur la présence d'un trouble de l'usage du cannabis. Enfin, les questionnaires de repérage standardisés reposant sur l'auto-déclaration du patient semblent être les plus appropriés en tant qu'outils de repérage. Dans une étude, Caldeira et collaborateurs ont montré que les déclarations de situations physiquement dangereuses après avoir consommé du cannabis concordaient avec les preuves antérieures d'autres études établissant un lien entre consommation de cannabis, accidents de la route et autres blessures accidentelles. Ils ont souligné que certains faits auto-déclarés ont pu être exacerbés par la consommation simultanée d'autres toxiques, qu'il faut donc toujours rechercher en entretien clinique (4). Les données de la littérature confirment que les dommages auto-déclarés restent en général exacts bien qu'ils puissent être soumis aux biais de mémoire du déclarant ou à la minimisation de l'imputabilité du cannabis, comme l'ont montré Davis et collaborateurs (5). Le questionnaire qui serait le mieux adapté à ce repérage doit être bref (10 questions maximum, temps d'administration ne dépassant pas 10 minutes), utiliser des questions directes et être non stigmatisant (6)(7).



L'existence d'un outil fiable, validé en français, apparaît donc essentielle et pertinente comme médiation dans le dépistage des troubles de l'usage du cannabis, et cela d'autant plus si cette médiation peut se traduire sous la forme d'une auto-évaluation par le patient, pleinement acteur des soins et de sa prise en charge.

Cet article propose de passer en revue les différents questionnaires de repérage des troubles de l'usage du cannabis en détaillant pour chacun leurs propriétés et caractéristiques psychométriques.

## **Critères d'un trouble de l'usage du cannabis**

En addictologie, les concepts diagnostiques ont changé depuis la parution de la 5<sup>ème</sup> édition du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) de l'American Psychiatric Association (APA) en 2013. Dans la 4<sup>ème</sup> version révisée du DSM (DSM-IV-TR) figuraient les concepts diagnostiques d'abus et de dépendance (Tableaux 1 et 2). L'abus est caractérisé par un mode d'utilisation inadéquat de la substance, conduisant à une altération significative du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, comme l'incapacité à remplir des obligations majeures, la survenue de problèmes judiciaires par exemple, sur une période de 12 mois. Si ces répercussions sur les plans personnel, physique, psychique, social deviennent majeures et entraînent un phénomène de tolérance, nous parlons alors de dépendance au produit. La dépendance introduit les notions de tolérance et de sevrage comme critères diagnostiques. Ce mode d'utilisation regroupe un ensemble de symptômes cognitifs, comportementaux et physiologiques, indiquant que le sujet continue à utiliser la substance malgré des problèmes significatifs liés à celle-ci et entraînant des conséquences physiques et psychiques pour l'usager. Les sujets présentant une dépendance peuvent poursuivre leur consommation malgré la connaissance des répercussions ou passer la

majorité de leur temps à chercher à se procurer la substance par exemple. Le DSM-5 supprime les notions d'abus et de dépendance pour introduire un seul diagnostic de trouble de l'usage du cannabis (Tableau 3), défini par un mode d'usage problématique du cannabis conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence de deux manifestations parmi onze listées (8,9).

Ces changements de critères diagnostiques ont été motivés par plusieurs limites du DSM-IV. En effet, il existait un problème de validité diagnostique car le diagnostic d'abus pouvait être posé avec un seul des critères ; ainsi un diagnostic de trouble mental pouvait par exemple être posé en raison seulement de problèmes judiciaires liés à la substance. Inversement, il existait des « orphelins de diagnostic », c'est-à-dire que certains patients ne présentant pas de critère d'abus et seulement un ou deux critères de dépendance étaient considérés sans trouble, alors même qu'ils présentaient un niveau de sévérité plus important que des individus présentant un diagnostic d'abus. Différentes analyses ont abouti à la conclusion que l'abus et la dépendance ne constituaient qu'une seule dimension, avec une bonne corrélation des critères entre eux, ce qui explique le fait de les avoir regroupés dans la seule catégorie de troubles de l'usage du cannabis classés selon un continuum de sévérité (léger, moyen et grave) en fonction du nombre de critères retrouvés (10).

La majorité des questionnaires de repérage spécifiques au cannabis a été créée en se basant sur les concepts diagnostiques d'abus et de dépendance du DSM-IV-TR. Il apparaît pertinent que les outils utilisés actuellement prennent en compte les nouveaux critères diagnostiques introduits par le DSM-5.

*Tableau 1 : Critères diagnostiques de l'abus de cannabis selon le DSM-IV-TR.*

<b>DSM-IV-TR</b>	<b>Abus</b>
	Mode d'utilisation inadéquat d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au moins une des manifestations suivantes au cours d'une période de 12 mois :
<b>1.</b>	Utilisation répétée de cannabis conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école, ou à la maison (par exemple, absences répétées ou mauvaises performances au travail du fait de l'utilisation de cannabis, absences, exclusions temporaires ou définitives de l'école, négligence des enfants ou des tâches ménagères).
<b>2.</b>	Utilisation répétée de cannabis dans des situations où cela peut être physiquement dangereux (par exemple, lors de la conduite d'une voiture ou en faisant fonctionner une machine alors qu'on est sous l'influence de cannabis).
<b>3.</b>	Problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation de cannabis (p. ex., arrestations pour comportement anormal en rapport avec l'utilisation de cannabis).
<b>4.</b>	Utilisation de cannabis malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets du cannabis (par exemple disputes avec le conjoint à propos des conséquences de l'intoxication, bagarres).

*Tableau 2 : Critères diagnostiques de dépendance au cannabis selon le DSM-IV-TR.*

<b>DSM-IV-TR</b>	<b>Dépendance</b>
	Mode d'utilisation inadapté du cannabis conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance, cliniquement significative, caractérisé par la présence de trois ou plus des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de 12 mois :
<b>1.</b>	Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>a. besoin de quantités notablement plus fortes de cannabis pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré.</li> <li>b. effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de cannabis.</li> </ul>
<b>2.</b>	Sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes : <ul style="list-style-type: none"> <li>a. syndrome de sevrage caractéristique du cannabis.</li> <li>b. la même substance (ou une substance très proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.</li> </ul>
<b>3.</b>	Le cannabis est souvent pris en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévue.
<b>4.</b>	Il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation de cannabis.
<b>5.</b>	Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir le cannabis (p. ex., déplacement sur de longues distances), à utiliser le produit (p. ex., fumer sans discontinuer), ou à récupérer de ses effets.
<b>6.</b>	Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de cannabis.
<b>7.</b>	L'utilisation de cannabis est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par le cannabis.

*Tableau 3 : Critères diagnostiques du trouble de l'usage du cannabis selon le DSM-5.*

<b>DSM-5</b>	<b>Trouble de l'usage du cannabis</b>
	Mode d'usage problématique du cannabis conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au moins deux des manifestations suivantes dans une période de 12 mois :
<b>1.</b>	Le cannabis est souvent pris en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévue.
<b>2.</b>	Il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'usage de cannabis.
<b>3.</b>	Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir du cannabis, utiliser le cannabis ou récupérer de ses effets.
<b>4.</b>	Envie impérieuse (craving), fort désir ou besoin pressant de consommer du cannabis.
<b>5.</b>	Usage répété de cannabis conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison.
<b>6.</b>	Usage de cannabis qui continue malgré des problèmes sociaux ou interpersonnels, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets du cannabis.
<b>7.</b>	Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'usage du cannabis.
<b>8.</b>	Usage répété du cannabis dans des situations où cela peut être physiquement dangereux.
<b>9.</b>	L'usage du cannabis est poursuivi bien que la personne sache avoir un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par le cannabis.
<b>10.</b>	Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants : a. Besoin de quantités notablement plus fortes de cannabis pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré. b. Effet notablement diminué en cas d'usage continu d'une même quantité de cannabis.
<b>11.</b>	Sevrage, caractérisé par un des éléments suivants : a. Le syndrome de sevrage caractéristique du cannabis. b. Le cannabis (ou une substance proche) est pris pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.
<b>Niveaux de sévérité</b>	Léger : présence de 2-3 symptômes ; Moyen : présence de 4-5 symptômes ; Grave : présence de 6 symptômes ou plus.

## **Outils de repérage des troubles de l'usage du cannabis**

Il existe, à l'heure actuelle, une cinquantaine d'outils de mesure de l'usage du cannabis, répertoriés sur le plan international mais non validés de façon systématique.

Nous avons déterminé 16 outils de repérage du trouble de l'usage du cannabis spécifiques et pertinents, validés en populations adolescentes et/ou adultes, en population générale et/ou spécifique, entre 1995 et 2015, issus d'articles scientifiques en langues anglaise ou française.

Nous les détaillerons ici, de manière synthétique, en excluant le CUDIT et le CUDIT-R que nous développerons plus spécifiquement dans la partie suivante.

### *ALAC (Alcohol Advisory Council)*

Conçu en 1996, ce questionnaire d'entretien semi structuré se compose de 11 items et permet de repérer les différents aspects de l'usage nocif de cannabis tels que les troubles cognitifs (troubles de la mémoire immédiate, difficultés de concentration...), le syndrome de sevrage ou les répercussions sociales (difficultés à étudier, plainte de l'entourage...)(11). Il est inspiré du questionnaire réalisé pour évaluer la consommation de substances psychoactives. La durée de passation est évaluée à moins de 5 minutes.

### *MACQ et B-MACQ (Brief-Marijuana Consequences Questionnaire)*

Composé de 21 items dans sa version brève (50 items dans la version MACQ), il permet une évaluation rapide de la sévérité des conséquences de l'usage du cannabis. La passation reste inférieure à 10 minutes pour le B-MACQ et interroge la période des 6 derniers mois pour ces deux versions. Les items sont des affirmations formulées à la première personne concernant notamment la motivation, l'impulsivité et les comportements à risque, auxquels l'utilisateur doit répondre par oui ou non (12).

### *CAGE-cannabis (Cut, Annoyed, Guilty, Eye-opener)*

Ce questionnaire d'entretien structuré en 4 items est parmi les plus étudiés et les plus utilisés. Il s'agit du premier questionnaire de repérage spécifique du cannabis, conçu à la fin des années 1990 à partir du CAGE-DETA visant à dépister l'abus d'alcool. Deux réponses positives évoquent une consommation nocive de cannabis. Il existe une traduction française appelée DETC : Diminuer, Entourage, Trop, Cannabis (13).

### *CAST (Cannabis Abuse Screening Test)*

Il permet le repérage de l'usage nocif de cannabis à l'aide de six questions abordant les aspects problématiques de la consommation au cours des 12 derniers mois, avec 5 propositions de réponses pour chacune des questions. Il existe une version avancée du CAST pour un score pouvant aller jusqu'à 24 (6 pour la version originale) avec un seuil à 7 pour un usage problématique (14). Le CAST est le seul outil validé pour les adolescents, à la fois en population générale et clinique, et dans un contexte interculturel (15)(16)(17). Le CAST avancé présente l'avantage d'avoir une excellente sensibilité (92,9%) et une spécificité à 81,4%, ce qui en fait un outil performant, le seul validé en français, bref et facile d'utilisation (18). Le CAST se donne pour objectif d'identifier les contextes de consommation qui pourraient déboucher sur des conséquences négatives sur un plan social ou sanitaire, pour l'utilisateur ou pour son entourage.

### *CPQ, CPQ-A et CPQ-AS (Cannabis Problems Questionnaire for Adolescent)*

Le questionnaire CPQ a été conçu en 2005 pour repérer les troubles liés à l'usage du cannabis chez les adultes (19). L'année suivante, la première version pour les adolescents paraît, avec pour perspective une détection des consommations précoces et donc une prévention chez les plus jeunes usagers, puis une version abrégée quelques années plus tard. La version pour les

adolescents comprend des parties spécifiques concernant les relations avec le partenaire, les études supérieures et le comportement en contexte professionnel (20) (21).

### *CUPIT (Cannabis Use Problems Identification Test)*

Les 16 items du CUPIT mesurent à la fois le concept de dépendance à la substance et les problèmes socio-sanitaires liés à l'usage ; son score peut aller jusqu'à 82 pour un usage régulier ou quotidien et très problématique (22). Le CUPIT interroge la période des 12 derniers mois, un item s'intéressant plus particulièrement à la consommation des 3 derniers mois. Il fait partie des 3 outils jugés comme les plus appropriés en population générale pour le repérage d'un trouble de l'usage (23).

### *Know cannabis test*

Ce questionnaire structuré en 16 items permet d'évaluer l'impact de la consommation de cannabis sur la vie quotidienne (24). La population ciblée est celle des jeunes usagers et la consommation simultanée d'autres substances psychoactives telles que l'alcool ou la cocaïne est recherchée dans un item spécifique.

### *MSI-X (Marijuana Screening Inventory)*

Questionnaire révisé de 31 items, il permet un repérage rapide appelant une évaluation plus approfondie (25). Le MSI-X comporte des items recherchant des symptômes non psychiatriques comme la toux persistante sans consommation de tabac associée, ou les maux de tête lors d'une période de sevrage par exemple. Il constitue, de plus, une mesure correcte de l'usage problématique de cannabis chez les adultes reçus en centre de soins pour toxicomanes (26).

### *PUM (Problematic Use of Marijuana)*

Entretien structuré en 8 items, il rend possible un repérage rapide de l'usage nocif de cannabis au sens de la Classification Internationale des Maladies dans sa 10<sup>e</sup> édition (CIM-10) en s'attachant à relever les difficultés relationnelles (familiales et amicales) et psycho-sociales. Il distingue les situations d'usage occasionnel des situations à risque élevé de développer des troubles liés à l'usage du cannabis, avec comme population cible des adolescents entre 13 et 18 ans (27).

### *SDS (Severity of Dependence Scale)*

L'échelle SDS a été initialement conçue pour repérer l'usage d'héroïne, de cocaïne et d'amphétamines avant d'être adaptée au cannabis. Une version a été traduite en français en 1999 (28). Elle mesure le degré de dépendance psychologique induite par la consommation de cannabis et le sentiment de l'utilisateur de ne plus la maîtriser (anxiété, préoccupation) (29). Le SDS est facile d'utilisation, comprenant 5 items avec 4 propositions de réponses pour chacun d'eux. En contexte clinique, l'échelle SDS semble particulièrement performante pour repérer l'usage problématique chez les usagers de longue date et les patients atteints de schizophrénie (30) (31).



*Tableau 4 : Caractéristiques psychométriques des différents questionnaires.*

<b>Echelles</b>	<b>Auteurs</b>	<b>Année</b>	<b>Items</b>	<b>Durée de passation</b>	<b>Type de cotation</b>	<b>Période étudiée</b>	<b>Critère diagnostique pour trouble</b>	<b>Version française</b>
<b>ALAC</b>	Alcohol Advisory Council (11)	1996	11	< 5 minutes	binaire	vie entière	3 critères positifs	oui
<b>MACQ</b>	Simons et al (12)	2012	50	15-20 minutes	binaire	6 derniers mois	évaluation sévérité	non
<b>B-MACQ</b>	Simons et al (12)	2012	21	< 10 minutes	binaire	6 derniers mois	évaluation sévérité	non
<b>CAGE-cannabis</b>	Midanik et al (13)	1998	4	< 5 minutes	binaire	vie entière	2 réponses positives	oui
<b>CAST</b>	Legleye et al (15)	2003	6	5 minutes	binaire	12 derniers mois	2 à 3 critères pour élevé, 4 critères ou plus pour très élevé	oui
<b>CAST avancé</b>	Legleye et al (18)	2007	6	5 minutes	ordinaire	12 derniers mois	7 critères ou plus	oui
<b>CUDIT</b>	Adamson et al (32)	2003	10	< 10 minutes	ordinaire	6 derniers mois	8 points ou plus	non
<b>CUDIT-R</b>	<b>Adamson et al (34)</b>	<b>2010</b>	<b>8</b>	<b>&lt; 5 minutes</b>	<b>ordinaire</b>	<b>6 derniers mois</b>	<b>6 points ou plus</b>	<b>en cours</b>
<b>CPQ</b>	Copeland et al (19)	2005	27	< 10 minutes	binaire	3 derniers mois	repérage	non
<b>CPQ-A</b>	Copeland et al (20)	2006	58	15-20 minutes	binaire	3 derniers mois	repérage	non
<b>CPQ-AS</b>	Proudfoot et al (21)	2010	12	5 minutes	binaire	3 derniers mois	3 critères positifs	non
<b>CUPIT</b>	Basford et al (22)	2010	16	< 10 minutes	ordinaire	12 derniers mois	20 réponses positives ou plus	non
<b>Know cannabis test</b>	Kerssemakers (24)	2010	16	20 minutes	ordinaire	vie entière	> 5 risque avéré, > 15 risque sérieux	non
<b>MSI-X</b>	Alexander et al (25)	2003	31	< 10 minutes	binaire	vie entière	> 2 risque modéré, > 5 risque élevé	non
<b>PUM</b>	Okulicz-Kozaryn (27)	2007	8	5 minutes	binaire	12 derniers mois	3 critères positifs	non
<b>SDS</b>	Gossop et al (29)	1995	5	< 5 minutes	ordinaire	3 derniers mois	3 critères positifs pour les adultes, 4 pour les adolescents	oui

Ces données soulignent que seulement cinq questionnaires standardisés pour le repérage des troubles de l'usage du cannabis (et leurs versions révisées) possèdent à la fois les caractéristiques les plus adaptées à ce type de dépistage, à savoir être brefs (moins de 10 questions) et de passation rapide (moins de 10 minutes) mais ne sont pas tous compatibles avec les nouvelles catégorisations diagnostiques du DSM-5 : le CAGE-cannabis, le CAST, le CUDIT, le PUM et le SDS. Seul le CAST a été validé en langue française et le CUDIT-R est lui en cours de validation française.

Le CUDIT-R, version améliorée du CUDIT et adapté aux critères du DSM-5, semble alors pouvoir devenir l'un des meilleurs outils de dépistage qu'il convient donc de décrire précisément.

## **Un outil adapté au DSM-5 : le CUDIT-R**

### *Création du CUDIT-R à partir du CUDIT*

Le CUDIT a été créé en 2003 par le National Addiction Centre de Nouvelle-Zélande (32) sur l'adaptation de l'Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), outil de référence de l'évaluation de la dépendance à l'alcool. Le CUDIT est un questionnaire de dépistage rapide des troubles de l'usage du cannabis, comportant 10 questions. L'avantage du CUDIT est d'intégrer des questions à propos des modes de consommation et de ses conséquences, contrairement à d'autres outils se focalisant sur la recherche d'une dépendance comme le SDS. De plus, le CUDIT évalue les consommations récentes au cours des 6 derniers mois et non les consommations au cours des 12 derniers mois comme le CAST et le PUM ou au cours de la vie entière comme le CAGE-cannabis par exemple.

Cependant, dans l'étude originale de 2003, ce questionnaire avait été validé seulement sur un petit échantillon (n=53). En 2008, une étude suisse de plus grande envergure (33) portant sur un échantillon de 5025 adolescents et jeunes adultes montre que ses caractéristiques

psychométriques sont moins bonnes que d'autres outils dans la population générale et notamment chez les adolescents. Il ressort de cette étude que certaines de ses questions sont peu performantes ; le CUDIT s'avérait être un outil prometteur pour le dépistage des troubles de l'usage du cannabis, mais nécessitait une révision de certaines questions. Ainsi, la même équipe néozélandaise à l'origine de la création du CUDIT a mené des travaux afin d'en élaborer une version améliorée : le CUDIT-R (34). Les questions présentant de faibles caractéristiques psychométriques ont été remplacées par de nouvelles questions plus performantes et plus en adéquation avec les critères diagnostiques du DSM-5 pour le trouble de l'usage du cannabis. Les options de réponse ont été ajustées pour les items quantitatifs afin de permettre une meilleure discrimination pour les faibles consommations de cannabis. Suite à ces modifications, les résultats montrent une amélioration des performances psychométriques du CUDIT-R en comparaison au CUDIT.

### *Caractéristiques psychométriques du CUDIT-R*

Le CUDIT-R est donc un questionnaire de dépistage rapide des troubles de l'usage du cannabis au cours des six derniers mois. Il se compose de huit questions, quatre issues du CUDIT original et quatre nouvelles questions. Ces questions portent sur les symptômes de dépendance et les modalités d'usage du cannabis, mais aussi sur les conséquences sociales, ainsi que la motivation de l'utilisateur à arrêter ou diminuer ses consommations. Les réponses aux huit questions sont additionnées pour obtenir un score unitaire. Les recommandations concernant la prise en charge sont basées sur les scores seuils établis dans les différentes études. Ces scores seuils ont d'abord été définis sur la base des critères diagnostiques du DSM-IV-TR pour l'abus et la dépendance au cannabis, puis ont été adaptés aux critères du DSM-5 pour le trouble de l'usage du cannabis (Tableau 6). Les scores seuils établis diffèrent selon les populations étudiées. Il faut prendre en considération le contexte de la passation du CUDIT-R et l'objectif de son évaluation. Si l'objectif est un dépistage des troubles de l'usage du cannabis, il est préférable de donner la priorité au fait de ne manquer aucun individu à

risque et donc d'utiliser un score seuil plus bas. Inversement, nous utiliserons un score seuil plus élevé si l'objectif est de minimiser les coûts et donc d'exclure les individus ne nécessitant pas de prise en charge.

*Tableau 6 : Caractéristiques psychométriques du CUDIT-R selon les différentes études.*

<b>Etude</b>	<b>Adamson, 2010 (34)</b>	<b>Schultz,2019 (35)</b>
<b>Population étudiée</b>	144 adultes avec mésusage de cannabis et trouble de l'humeur	229 étudiants avec consommation récente de cannabis
<b>Echelle de comparaison</b>	DSM-IV-TR	DSM-5
<b>Sensibilité</b>	91%	93%
<b>Spécificité</b>	90%	70%
<b>VPP</b>	96%	NC
<b>VPN</b>	80%	NC
<b>AUC</b>	0,96	0,91
<b>Consistance interne alpha</b>	0,914	NC

<b>Classification diagnostique utilisée</b>	<b>Scores seuils</b>
<b>DSM-IV-TR</b>	8 pour abus ; 13 pour dépendance (34)
<b>DSM-5</b>	6 pour trouble de l'usage (35) 9 pour léger, 13 pour moyen à grave (36)

Dans l'étude originale (34), le CUDIT-R a été validé pour un échantillon de 144 patients consommateurs de cannabis et présentant une dépression. Cette étude retrouvait une grande spécificité (90%) et une grande sensibilité (91%) en comparaison avec les critères diagnostiques du DSM-IV-TR pour l'abus ou la dépendance au cannabis. Les valeurs prédictives positives et négatives étaient optimales pour un score seuil à 13, respectivement de 96% et 80%. L'aire sous la courbe de ROC (AUC) est de 0,96, ce qui indique une très bonne capacité du CUDIT-R à discriminer un individu présentant une dépendance au cannabis selon les critères du DSM-IV-TR. Ainsi, en cas de score supérieur ou égal à 8, la consommation est à risque et en cas de score supérieur ou égal à 13, il s'agit d'une dépendance.

Une étude de 2019 (35) a évalué les caractéristiques du CUDIT-R sur un échantillon de 229 étudiants ayant eu une consommation récente de cannabis. Cette étude retrouve une sensibilité de 92,9% et une spécificité de 70,4%. Elle établit le score seuil à 6 en se basant sur

les critères diagnostiques du DSM-5 pour les troubles de l'usage du cannabis. Il existe une forte corrélation entre les scores au CUDIT-R et le fait de remplir les critères du DSM-5. De plus, les scores moyens au CUDIT-R sont significativement différents entre les quatre stades de sévérité du DSM-5 : absence de trouble, trouble léger, moyen ou grave. Les scores augmentent avec la sévérité du diagnostic. Des scores seuils ont été établis à 9 pour un trouble léger et à 13 pour un trouble moyen ou grave selon le DSM-5 ou une dépendance selon le DSM-IV-TR (36).

Le CUDIT-R fait preuve d'une bonne consistance externe en étant fortement corrélé à la fréquence d'utilisation du cannabis mesurée par le OTI Q-Score, avec un coefficient de Pearson à 0,705 (34).

L'étude originale retrouve une très bonne consistance interne avec un score alpha de Cronbach à 0,914 et une bonne fiabilité Test-Retest avec un coefficient  $r=0,871$  (34). Une autre étude de 2018 (37) étudiait la validité de structure et la cohérence interne du CUDIT-R parmi un échantillon ( $n=90$ ) de militaires vétérans utilisant le cannabis à visée médicale. Elle retrouvait un score alpha de Cronbach à 0.73, correspondant à une cohérence interne acceptable mais modeste. Cela peut s'expliquer par les caractéristiques particulières des individus composant l'échantillon, notamment une utilisation médicale et non récréative du cannabis.

### *Les avantages du CUDIT-R*

Le CUDIT-R est simple d'utilisation, rapide avec une passation de 3 à 5 minutes, acceptable et peu coûteux. Il peut être utilisé par n'importe quel professionnel sans nécessité d'une formation spécifique et ses items peuvent même être auto-évalués par le patient. Il présente une bonne validité et une bonne reproductibilité. Le CUDIT-R ne doit évidemment pas se substituer à un diagnostic clinique. Un score positif au CUDIT-R doit être suivi d'une évaluation plus complète de la consommation de cannabis, des éventuelles comorbidités et de ses

conséquences médicales et psychosociales par un professionnel formé. Mais cet outil permet d'identifier les individus nécessitant une prise en charge. Il s'agit d'un bon outil de repérage des troubles de l'usage du cannabis.

De plus, le score au CUDIT-R est fortement corrélé aux critères diagnostiques des DSM-IV-TR et DSM-5. Il permet une classification de la sévérité car les scores obtenus augmentent avec la sévérité du diagnostic de trouble de l'usage du cannabis selon le DSM-5 (absence de trouble, trouble léger, moyen ou grave) (35). Ainsi les prises en charge pourraient être adaptées en fonction du niveau de sévérité du trouble.

Le CUDIT-R présente un potentiel pour évaluer l'efficacité d'une prise en charge. Une étude évaluant les résultats de prises en charge d'usagers de cannabis retrouvait des scores du CUDIT-R corrélés avec l'évolution clinique, avec une amélioration cliniquement significative correspondant à une diminution de 3 points au CUDIT-R (38).

Actuellement, le CUDIT-R n'est disponible qu'en anglais. Une traduction française a été réalisée récemment selon une procédure de traduction/rétrotraduction en collaboration avec Adamson, l'auteur de la version originale anglaise (Annexe 1). Cette procédure a consisté en une traduction française, transmise à Adamson qui l'a rétrotraduite en anglais avec Google Translate et qui a vérifié les concordances et discordances. Ce procédé est répété plusieurs fois et des corrections sont apportées de manière collégiale par le traducteur et le rétrotraducteur jusqu'à obtenir la traduction la plus juste. Cette traduction française, actuellement en cours de validation, pourrait amener le questionnaire CUDIT-R à devenir un outil significatif dans le repérage et la prise en charge des troubles de l'usage du cannabis en France.

## **Conclusion**

La consommation de cannabis, parfois banalisée, augmente chez les adolescents et jeunes adultes, parallèlement à l'âge de la première expérimentation qui tend à diminuer au fil des ans. Ceci doit alerter sur la potentielle majoration des conséquences physiques et psychiques des patients usagers que nous prendrons en charge.

Il s'agit donc d'identifier, le plus précocement possible, les troubles de l'usage du cannabis au moyen d'échelles standardisées qui sont une médiation particulièrement intéressante, par la facilité de leur utilisation, toujours couplées au regard clinique du praticien. La passation de ces échelles pourrait être l'occasion d'une prise de conscience du patient et faciliter son engagement dans les soins. Les usagers de cannabis pourraient alors être pris en charge de façon plus aisée via la passation de ces échelles qui pourraient également servir de témoin de l'évolution clinique dans le suivi.

Parmi ces échelles, le CUDIT-R nous semble un outil des plus prometteurs, adapté au DSM-5 et remplissant les caractéristiques les plus performantes pour repérer un trouble de l'usage du cannabis.

## **Déclaration de liens d'intérêt**

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt.

# Annexes

Version française du CUDIT-R en cours de validation.

**Avez-vous consommé du cannabis au cours des 6 derniers mois ? OUI NON**

Si OUI, répondre aux questions suivantes relatives à votre consommation de cannabis. Répondre en entourant la réponse qui correspond le plus à votre consommation **au cours des 6 derniers mois**.

<b>1. A quelle fréquence consommez-vous du cannabis ?</b>					
Jamais 0	≤ 1fois/mois 1	2 à 4 fois/mois 2	2 à 3 fois/semaine 3	≥ 4 fois/semaine 4	
<b>2. Combien d'heures êtes-vous « défoncé » un jour typique où vous consommez du cannabis ?</b>					
< 1h 0	1 ou 2h 1	3 ou 4h 2	5 ou 6h 3	7h ou plus 4	
<b>3. Au cours des 6 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de fumer du cannabis une fois que vous aviez commencé?</b>					
Jamais 0	< 1fois/mois 1	environ 1 fois/mois 2	environ 1 fois/semaine 3	Tous les j ou presque 4	
<b>4. Au cours des 6 derniers mois, combien de fois votre consommation de cannabis vous a-t-elle empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?</b>					
Jamais 0	< 1fois/mois 1	environ 1 fois/mois 2	environ 1 fois/semaine 3	Tous les j ou presque 4	
<b>5. Au cours des 6 derniers mois, combien de fois avez-vous passé une grande partie de votre temps à chercher à vous procurer ou consommer du cannabis, ou à vous remettre des effets du cannabis ?</b>					
Jamais 0	< 1fois/mois 1	environ 1 fois/mois 2	environ 1 fois/semaine 3	Tous les j ou presque 4	
<b>6. Au cours des 6 derniers mois, combien de fois avez-vous éprouvé des problèmes de mémoire ou de concentration après avoir fumé du cannabis ?</b>					
Jamais 0	< 1fois/mois 1	environ 1 fois/mois 2	environ 1 fois/semaine 3	Tous les j ou presque 4	
<b>7. A quelle fréquence consommez-vous du cannabis dans des situations qui pourraient entraîner un danger, par exemple conduire un véhicule, utiliser une machine, ou s'occuper d'enfants ?</b>					
Jamais 0	< 1fois/mois 1	environ 1 fois/mois 2	environ 1 fois/semaine 3	Tous les j ou presque 4	
<b>8. Avez-vous déjà envisagé de réduire ou d'arrêter votre consommation de cannabis ?</b>					
Jamais 0		Oui, mais pas au cours des 6 derniers mois 2		Oui, au cours des 6 derniers mois 4	



Version originale: Adamson SJ, Kay-Lambkin FJ, Baker AL, Lewin TJ, Thornton L, Kelly BJ, and Sellman JD. (2010). An Improved Brief Measure of Cannabis Misuse: The Cannabis Use Disorders Identification Test – Revised (CUDIT-R). *Drug and Alcohol Dependence* 110:137-143.  
Version française (non validée) : Benjamin Rolland, Vincent Laprevote

## Bibliographie

1. Observatoire européen des drogues et toxicomanies. (page consultée le 06/07/2019). Rapport européen sur les drogues. Tendances et évolutions. 2018. [en ligne]. [http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/8585/20181816\\_TDAT18001FRN\\_PDF.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/8585/20181816_TDAT18001FRN_PDF.pdf)
2. Brisacier A-C, Cadet-Taïrou A, Díaz C, Gandilhon M, Nézet OL, Martinez M, et al. (page consultée le 06/07/2019). Drogues, chiffres clés, 7ème édition. 2017. [en ligne] <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/DCC2017.pdf>
3. Hall W. What has research over the past two decades revealed about the adverse health effects of recreational cannabis use? *Addict Abingdon Engl.* Jan 2015;110(1):19-35.
4. Caldeira KM, Arria AM, O'Grady KE, Vincent KB, Wish ED. The occurrence of cannabis use disorders and other cannabis-related problems among first-year college students. *Addict Behav.* 1 Mar 2008;33(3):397-411.
5. Davis CG, Thomas G, Jesseman R, Mazan R. Drawing the line on risky use of cannabis: Assessing problematic use with the ASSIST. *Addict Res Theory.* 1 Jan 2009;17(3):322-32.
6. Thake J, Davis CG. Assessing problematic cannabis use. *Addict Res Theory.* 1 Oct 2011;19(5):448-58.
7. Aquatias S, Institut national de la santé et de la recherche médicale. Cannabis: quels effets sur le comportement et la santé? Paris: Les éditions Inserm; 2001.
8. American Psychiatric Association, Crocq MA, Guelfi JD. DSM-IV-TR : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux - Texte révisé. 4e ed. Paris: Elsevier Masson; 2003.
9. American Psychiatric Association, Crocq MA, Guelfi JD, Boyer P, Pull CB, Pull MC. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5e edition. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015.
10. Gazel C, Fatséas M, Auriacombe M. Quels changements pour les addictions dans le DSM-5? *Lettre Psych.* Mar 2014; 10:50-3.
11. ALAC : Guidelines for Alcohol and Drug Assessment : A review of alcohol and drug screening, diagnostic and evaluation instruments - Wellington, Alcohol Advisory Council of New Zealand; 1996
12. Simons JS, Dvorak RD, Merrill JE, Read JP. Dimensions and severity of marijuana consequences: Development and validation of the Marijuana Consequences Questionnaire (MACQ). *Addict Behav.* 1 May 2012;37(5):613-21.
13. Midanik LT, Zahnd EG, Klein D. Alcohol and drug CAGE screeners for pregnant, low-income women: the California Perinatal Needs Assessment. *Alcohol Clin Exp Res.* Feb 1998;22(1):121-5.
14. Spilka S, Janssen E. Observatoire français des drogues et des toxicomanies. (page consultée le 07/07/2019). Détection des usages problématiques de cannabis : le Cannabis Abuse Screening Test (CAST). [en ligne] <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxsst9.pdf>

15. Legleye S, Piontek D, Kraus L, Morand E, Falissard B. A validation of the Cannabis Abuse Screening Test (CAST) using a latent class analysis of the DSM-IV among adolescents. *Int J Methods Psychiatr Res.* 21 Mar 2013;22(1):16-26.
16. Legleye S, Piontek D, Kraus L. Psychometric properties of the Cannabis Abuse Screening Test (CAST) in a French sample of adolescents. *Drug Alcohol Depend.* 15 Jan 2011;113(2):229-35.
17. Legleye S, Kraus L, Piontek D, Phan O, Jouanne C. Validation of the Cannabis Abuse Screening Test in a Sample of Cannabis Inpatients. *Eur Addict Res.* 2012;18(4):193-200.
18. Legleye S, Karila L, Beck F, Reynaud M. Validation of the CAST, a general population Cannabis Abuse Screening Test. *J Subst Use.* 1 Jan 2007;12(4):233-42.
19. Copeland J, Gilmour S, Gates P, Swift W. The Cannabis Problems Questionnaire: Factor structure, reliability, and validity. *Drug Alcohol Depend.* 12 Dec 2005;80(3):313-9.
20. Martin G, Copeland J, Gilmour S, Gates P, Swift W. The Adolescent Cannabis Problems Questionnaire (CPQ-A): Psychometric properties. *Addict Behav.* 1 Dec 2006;31(12):2238-48.
21. Proudfoot H, Vogl L, Swift W, Martin G, Copeland J. Development of a short cannabis problems questionnaire for adolescents in the community. *Addict Behav.* 1 Jul 2010;35(7):734-7.
22. Bashford J, Flett R, Copeland J. The Cannabis Use Problems Identification Test (CUPIT): development, reliability, concurrent and predictive validity among adolescents and adults. *Addiction.* 2010;105(4):615-25.
23. Annaheim B. Who is smoking pot for fun and who is not? An overview of instruments to screen for cannabis-related problems in general population surveys. *Addict Res Theory.* 1 Oct 2013;21(5):410-28.
24. knowcannabis.org.uk (page consultée le 07/07/2019). knowcannabis – Cannabis quiz. [en ligne] <http://www.knowcannabis.org.uk/quiz/>
25. Alexander D. A Marijuana Screening Inventory (Experimental Version): Description and Preliminary Psychometric Properties. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 1 Jan 2003;29(3):619-46.
26. Alexander D, Leung P. The Marijuana Screening Inventory (MSI-X): Concurrent, Convergent and Discriminant Validity with Multiple Measures. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 1 Jan 2006;32(3):351-78.
27. Okulicz-Kozaryn K. Psychometric properties of the Problematic Marijuana Use (PUM) test for adolescents. *Post Psychiatry Neurol.* Jan 2007;16(2):105–11.
28. Tremblay J. Échelle de sévérité de la dépendance (ÉSD). Traduction du Severity of Dependence Scale (SDS) de Gossop M, Darge, Griffiths P, Handoff J, Powis B, Hall W, Strang J (1995). Québec : Service de Recherche CRUV/CRAT-CA. 1999.
29. Gossop M, Darke S, Griffiths P, Hando J, Powis B, Hall W, et al. The Severity of Dependence Scale (SDS): psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users. *Addiction.* 1995;90(5):607–614.
30. Kedzior KK, Badcock JC, Martin-Iverson MT. Validity and Consistency of Self-Reports Regarding Substance Use in General Research Volunteers, Including Regular Cannabis Users and Schizophrenia Patients. *Subst Use Misuse.* 1 Jan 2006;41(5):743-50.

31. Swift W, Copeland J, Hall W. Choosing a diagnostic cut-off for cannabis dependence. *Addiction*. 1998;93(11):1681-92.
32. Adamson SJ, Sellman JD. A prototype screening instrument for cannabis use disorder: the Cannabis Use Disorders Identification Test (CUDIT) in an alcohol-dependent clinical sample. *Drug Alcohol Rev*. Sep 2003;22(3):309-15.
33. Annaheim B, Rehm J, Gmel G. How to screen for problematic cannabis use in population surveys: an evaluation of the Cannabis Use Disorders Identification Test (CUDIT) in a Swiss sample of adolescents and young adults. *Eur Addict Res*. 2008;14(4):190-7.
34. Adamson SJ, Kay-Lambkin FJ, Baker AL, Lewin TJ, Thornton L, Kelly BJ, et al. An improved brief measure of cannabis misuse: the Cannabis Use Disorders Identification Test-Revised (CUDIT-R). *Drug Alcohol Depend*. 1 Jul 2010;110(1-2):137-43.
35. Schultz NR, Bassett DT, Messina BG, Correia CJ. Evaluation of the psychometric properties of the cannabis use disorders identification test - revised among college students. *Addict Behav*. 18 Feb 2019;95:11-5.
36. Marshall SE. The Cannabis use disorder identification test - revised (CUDIT-R): categorisation and interpretation [Thèse de doctorat]. University of Tasmania; 2013
37. Loflin M, Babson K, Browne K, Bonn-Miller M. Assessment of the validity of the CUDIT-R in a subpopulation of cannabis users. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2018;44(1):19-23.
38. Adamson SJ, Kay-Lambkin FJ, Baker A, Frampton CMA, Sellman D, Lewin TJ. Measuring change in cannabis use. *Addict Res Theory*. 30 Jan 2015;23(1):43-9.

## CONCLUSION

L'objectif de notre article était d'identifier les différents outils permettant le repérage des troubles de l'usage du cannabis en analysant les données de la littérature et de sélectionner ceux étant les plus appropriés à ce repérage dans une pratique clinique quotidienne en France.

Il existe de très nombreux outils de mesure de l'usage du cannabis. Dans un souci de clarté et de pertinence, nous avons choisi de ne développer que les outils de repérage spécifiques au cannabis, issus d'articles scientifiques en français ou en anglais, parus entre 1995 et 2015. Seize outils ont ainsi été retenus. Parmi les seize outils remplissant ces critères, peu ont été suffisamment étudiés et validés en population générale et peu sont adaptés à une pratique clinique courante. Nous remarquons que certaines questions composant ces outils sont quasiment ubiquitaires, à savoir : désir persistant de réduire ou contrôler ses consommations, augmentation du temps dédié aux consommations, conséquences sur la santé mentale, préoccupation de l'entourage, mise en danger. Notre travail retient cinq questionnaires qui semblent adaptés au repérage des troubles de l'usage du cannabis en France par leur validité, leur brièveté, leur courte durée de passation : le CAGE-Cannabis, le CAST, le CUDIT/CUDIT-R, le PUM et le SDS. Seul le CAST a été validé en langue française et le CUDIT-R est actuellement en cours de validation. Le CUDIT-R est le seul à l'heure actuelle à avoir été validé en tenant compte des critères diagnostiques du DSM-5 pour les troubles de l'usage du cannabis.

D'autres revues de la littérature ont été réalisées précédemment sur le même sujet. Piontek et al. en 2008 (12) avaient choisi de n'étudier que quatre échelles : CAST,

SDS, PUM et CUDIT. Ces quatre échelles ont été retenues en raison de leur brièveté et simplicité d'administration. Les autres échelles, telles que MSI, SDSS (Substance Dépendance Severity Scale) ou CPQ avaient été laissées de côté du fait de leur longueur et de leur durée de passation trop importante. Les auteurs avaient conclu à des caractéristiques psychométriques comparables pour le CAST et le SDS, tandis que les performances du CUDIT étaient plus faibles. Cette revue de la littérature avait été effectuée avant la publication de la version révisée du CUDIT et pointait donc la faiblesse de certains de ses items.

En 2015, Lopez-Pelayo et collaborateurs (13) ont effectué une revue systématique de la littérature pour décrire et évaluer les outils disponibles pour le dépistage et l'évaluation de l'usage du cannabis et des troubles associés. Vingt-cinq outils ont été identifiés, classés en quatre catégories : échelles spécifiques au cannabis, échelles évaluant l'ensemble des drogues, interviews structurées, outils de quantification de la consommation de cannabis. La plupart ont de bonnes caractéristiques psychométriques, mais aucun test n'est reconnu comme « gold standard ». Beaucoup, notamment les interviews structurées, sont trop longs et donc non compatibles avec la pratique quotidienne. Selon les auteurs, les échelles avec les meilleures performances sont le CUDIT, le DUDIT (Drug Use Disorders Identification Test), l'ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test) et le CAST.

Comme dans notre étude, les échelles qui ressortent communément aux deux études citées précédemment sont le CAST et le CUDIT, les autres échelles étant trop longues ou trop complexes. Notre étude s'est de plus attachée à rechercher les questionnaires validés en langue française afin d'être adaptée à la pratique clinique en France, mais aboutit finalement à une conclusion similaire.

Nous notons toutefois certaines limites à cette revue de la littérature. Il est difficile de comparer des échelles dont chacune a été étudiée dans des circonstances différentes en termes d'âge de la population (adolescents, jeunes adultes, adultes), de comorbidités (population psychiatrique ou non), et de moyen de passation (par un professionnel, auto-administré par le patient, questionnaire en ligne...). Il n'existe pas d'étude comparant les caractéristiques psychométriques des échelles entre elles. Il pourrait être intéressant par exemple de comparer les performances du CUDIT-R et du CAST.

Le CAST est le questionnaire pour le moment recommandé par la Haute Autorité de Santé (HAS) comme outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève dans le cadre des troubles de l'usage du cannabis et de leurs conséquences (14). En fonction des réponses aux six items de ce questionnaire, la HAS donne une conduite à tenir : information minimale sur les risques en cas d'une réponse positive, intervention brève en cas de deux réponses positives et proposition d'une consultation en addictologie en cas de trois réponses positives ou plus. L'intervention brève consiste en un échange avec le patient concernant ses résultats aux questionnaires, une information sur les risques de sa consommation, une évaluation de ses attentes, sa motivation et des explications sur les méthodes utilisables pour réduire ou arrêter sa consommation.

Le CUDIT-R a été étudié dans plusieurs travaux. Il présente de bonnes caractéristiques psychométriques en matière de sensibilité, spécificité, consistance interne et externe. Il est composé de huit questions et est d'utilisation rapide et simple, sans nécessité d'une formation préalable. Il peut même être auto-administré par le patient lui-même. Il présente l'avantage d'avoir été validé en comparaison aux critères diagnostiques du DSM-5 pour les troubles de l'usage du cannabis. Par sa simplicité et sa brièveté, il pourrait également être recommandé dans le cadre du repérage précoce

des troubles de l'usage du cannabis en France, lorsque sa traduction française aura été validée.

Une partie de notre travail a consisté à participer à la validation de la traduction française du CUDIT-R, par la passation de ce questionnaire ainsi que du CAST et des critères du DSM-5 à des patients majeurs, en soins libres ou en ambulatoire et ayant consommé du cannabis dans les six derniers mois. Les données recueillies par nos soins ne sont pas suffisantes en nombre de patients pour effectuer des statistiques analytiques et tirer des conclusions. Ces analyses seront faites avec la totalité des données recueillies dans les différents centres impliqués dans l'étude. Cependant, des statistiques descriptives peuvent être réalisées.

Nous avons recruté 62 patients dans différents services de psychiatrie ou d'addictologie. 69% étaient des hommes et 31% des femmes. 35% étaient de jeunes adultes, l'âge moyen était de 32 ans. 24% ne présentait aucun trouble de l'usage du cannabis selon les critères du DSM-5, 15% un trouble léger, 10% un trouble moyen, 52% un trouble sévère. Selon le score au questionnaire du CUDIT-R traduit en français, 74% présentaient un trouble de l'usage, 11% léger et 58% moyen ou grave. 49% rapportaient une consommation plus de 4 fois par semaine et 37% une fois par semaine ou moins. 73% rapportaient avoir déjà été dans une situation dangereuse en raison de leur consommation de cannabis. 13% avaient déjà envisagé ou essayé de réduire ou d'arrêter leur consommation au cours des six derniers mois. Les tableaux 1 et 2 résument les données descriptives de notre échantillon de patients.



Tableau 1 : Données épidémiologiques de notre échantillon de patients.

Sexe	Effectif	Pourcentage
Homme	43	69,35%
Femme	19	30,65%
Âge	Effectif	Pourcentage
18 et 24 ans	22	35,48%
25 et 34 ans	19	30,65%
35 et 44 ans	10	16,13%
45 et 54 ans	6	9,68%
55 et plus	5	8,06%

Tableau 2 : Données descriptives des différents scores (arrondies à l'unité).

	DSM-5	CUDIT-R	CAST
<b>Absence de trouble de l'usage</b>	24%	26%*	16% ( $< 2$ : pas d'intervention recommandée)
<b>Présence d'un trouble de l'usage</b>	76%	74%*	84% ( $\geq 2$ : intervention recommandée)
<b>Léger</b>	14%	11%**	NC
<b>Moyen et grave</b>	62%	58%**	NC

\* Selon les scores-seuils suivants :  $< 6$  pour absence de trouble de l'usage et  $\geq 6$  pour présence de trouble de l'usage (15)

\*\* Selon les scores-seuils suivants :  $\geq 9$  pour trouble de l'usage léger et  $\geq 13$  pour trouble de l'usage moyen à grave (16)

La réalisation de nuages de points et de courbes de tendance comparant les scores obtenus à la passation du CUDIT-R traduit en français aux scores selon les critères du DSM-5 puis selon le questionnaire CAST oriente vers une corrélation satisfaisante (Figures 1 et 2). La comparaison avec les scores obtenus en « retest » dans les cinq à quinze jours semble également montrer une bonne corrélation (Figure 3). Ces figures ne sont évidemment réalisées qu'à titre indicatif et les résultats finaux ne pourront être obtenus que par l'analyse de la totalité de l'échantillon. Si cela est confirmé, la traduction française du CUDIT-R présenterait donc de bonnes caractéristiques psychométriques en termes de consistance externe et de fiabilité « test-retest ».

Figure 1 : Nuage de points comparant score au CUDIT-R et score au DSM-5.

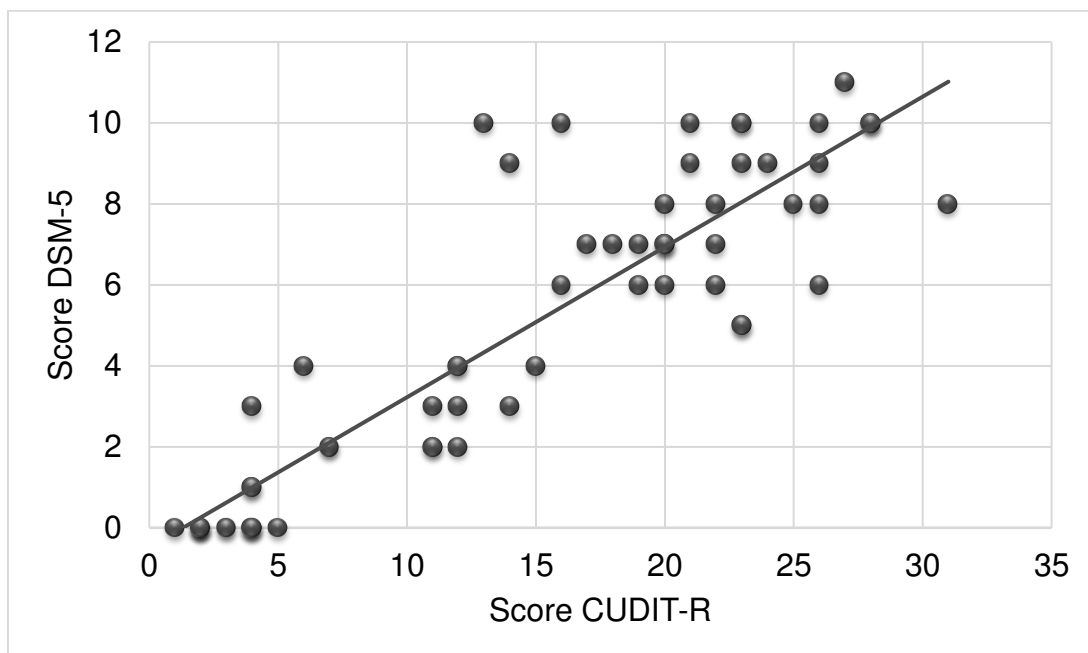


Figure 2 : Nuage de points comparant score au CUDIT-R et score au CAST.

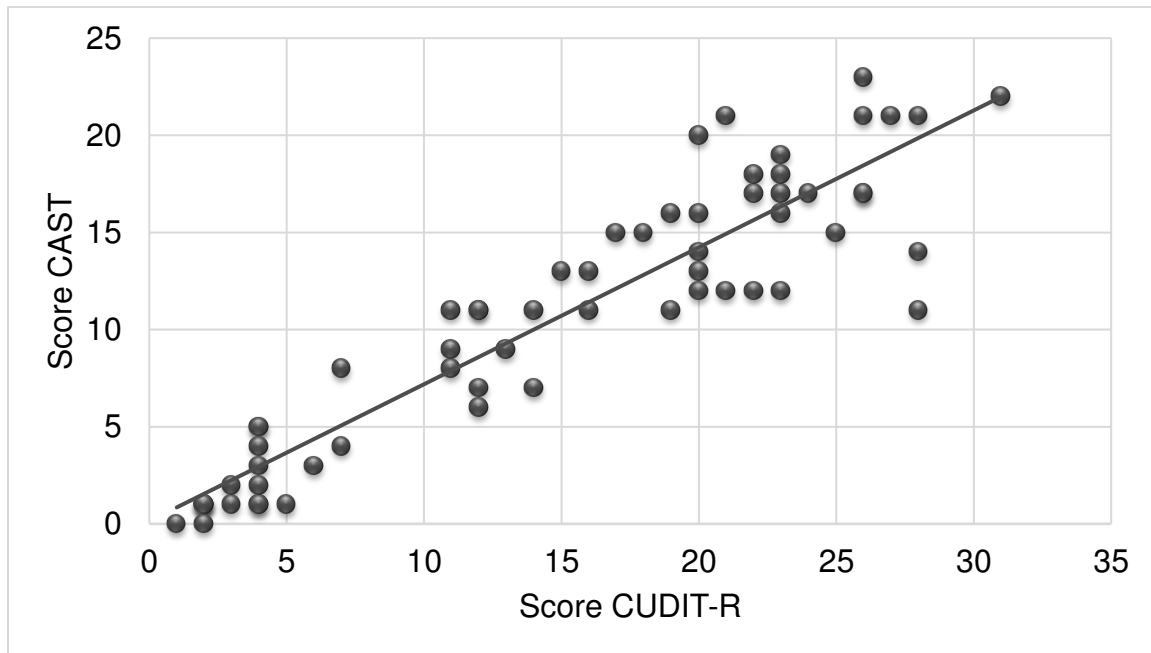
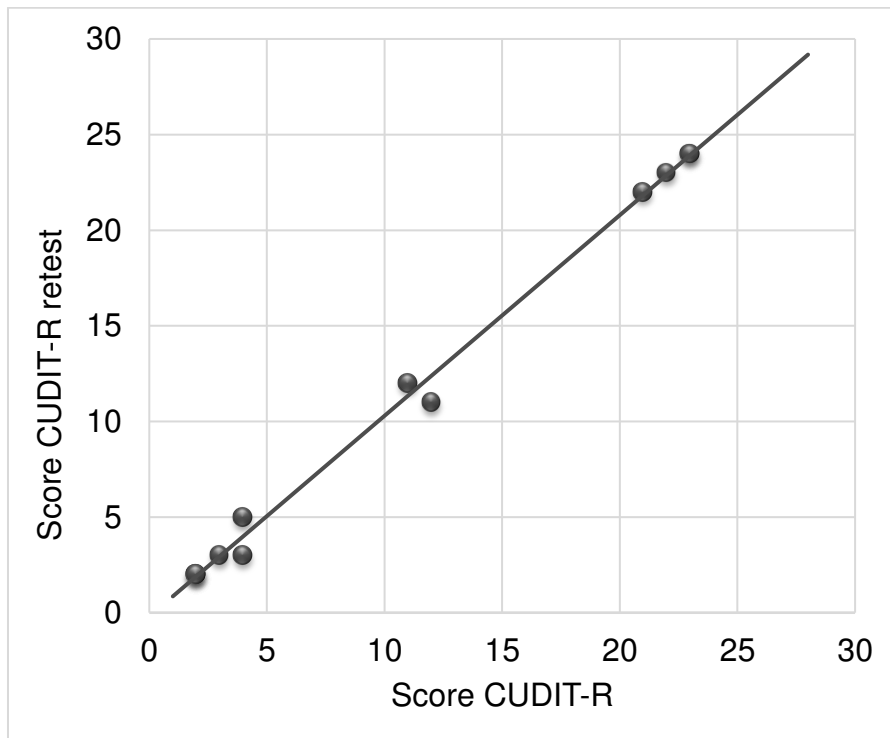


Figure 3 : Nuage de points comparant score au CUDIT-R initial et score au CUDIT-R en « retest » dans les cinq à quinze jours.



Si les résultats préliminaires obtenus avec nos données se confirment, une utilisation du CUDIT-R pour le repérage des troubles de l'usage du cannabis en France serait intéressante. Il serait également envisageable d'établir des recommandations et des conduites à tenir selon le score obtenu, en fonction des scores seuils retrouvés dans les différentes études (Cf tableau 6 de l'article).

Lors de la passation des questionnaires, nous avons pu remarquer que les patients accueillent cet outil de manière positive et étaient souvent plus enclins à se livrer sur leur consommation par le biais de ce questionnaire que par des questions plus directes lors d'un entretien. Cela fait de cet outil une médiation très intéressante pour échanger avec le patient sur sa consommation et ses conséquences et ainsi aller au-delà de certaines réticences. La question portant sur le fait d'avoir envisagé d'arrêter ou de réduire sa consommation en fait un bon moyen d'entamer l'évaluation de la motivation au changement du patient. Les questions portant sur les conséquences des consommations de cannabis (retentissement sur les activités, troubles de la mémoire ou de la concentration, mises en danger) peuvent amener le patient à une prise de conscience. Cela peut se révéler très utile notamment dans la population adolescente, dans laquelle la consommation de cannabis est souvent banalisée.

Cet outil peut ainsi être intéressant pour les professionnels de soins primaires (médecins généralistes, service de santé scolaire ou du travail, pédiatres...) dans le cadre d'un repérage précoce des troubles de l'usage du cannabis, s'intégrant facilement dans la pratique clinique quotidienne. Il est également pertinent dans le cadre de soins secondaires (psychiatres, addictologues...) en tant que médiation, qu'outil d'aide au diagnostic ou outil d'évaluation de l'évolution clinique.

# ANNEXES

Annexe 1 : Formulaire à remplir dans le cadre de l'étude de validation de la traduction française du CUDIT-R.

# Validation CUDIT

---

**Initiales :**

**Age:**

**Sexe :**

**Date Passation 1 :**

## Critères DSM-5 de Trouble d'Usage de Cannabis

		Cocher si <b>OUI</b>
<b>1</b>	Usage récurrent de cannabis entraînant des difficultés à accomplir ses obligations familiales, professionnelles, ou scolaires.	<input type="checkbox"/>
<b>2</b>	Usage récurrent de cannabis entraînant des comportements de mise en danger (p.ex. conduite automobile, utilisation de machine, ...)	<input type="checkbox"/>
<b>3</b>	Persistance de l'usage de cannabis en dépit de problèmes sociaux ou interpersonnels récurrents causés ou exacerbés par le cannabis	<input type="checkbox"/>
<b>4</b>	<b>Tolérance</b> définie par l'un des deux critères suivants : - besoin progressif d'augmenter les doses de cannabis pour obtenir l'effet recherché - diminution manifeste de l'effet du cannabis à dose constante	<input type="checkbox"/>
<b>5</b>	Signes de <b>sevrage</b> définis par l'un des deux critères suivants : - présence de signes de sevrage le matin ou bien en cas d'arrêt ou de réduction trop rapide du cannabis - consommation de cannabis dans le but express d'éviter la survenue de signes de sevrage	<input type="checkbox"/>
<b>6</b>	Le cannabis est consommé en plus grandes quantités une sur une période de temps plus longue que ce qui était initialement envisagé	<input type="checkbox"/>
<b>7</b>	Désir persistant ou bien efforts infructueux du sujet de réduire ou contrôler son usage de cannabis	<input type="checkbox"/>
<b>8</b>	Un temps important est consacré par le sujet à des activités visant à se procurer du cannabis, à en consommer, ou bien à se remettre de ses effets.	<input type="checkbox"/>
<b>9</b>	Des activités importantes pour le sujet (professionnelles, personnelles, sportives, ludiques,...) ont été arrêtées en raison de l'usage de cannabis	<input type="checkbox"/>
<b>10</b>	L'usage de cannabis reste identique en dépit la prise de conscience de répercussions médicales ou psychologiques récurrentes ou continues de l'usage de cannabis (p.ex. pertes de mémoire, effets psychiatriques, bronchite chronique, ...)	<input type="checkbox"/>
<b>11</b>	<b>Craving</b> , c.à.d. envies compulsives difficilement contrôlables de consommer du cannabis	<input type="checkbox"/>

# AUTOQUESTIONNAIRES

## A remettre au patient puis à joindre au dossier clinique

Chère Madame, Cher Monsieur,

Dans le cadre de votre prise en charge addictologique, nous vous proposons de remplir plusieurs questionnaires mesurant votre consommation de cannabis et ses conséquences.

Il s'agit de données de soins courants. Toutefois, certaines données pourront être utilisées a posteriori de manière anonyme à visée de recherche scientifique. En signant ce document, vous acceptez cette utilisation.

Dans le cadre de la recherche, un traitement de vos données personnelles sera mis en œuvre. Ces données seront identifiées par un numéro de code et vos initiales. Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification.

Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées. Ces droits s'exercent auprès du service d'addictologie du CHRU de Lille (contacter le Dr ROLLAND au 03.20.44.58.38 ou [benjamin.rolland@chru-lille.fr](mailto:benjamin.rolland@chru-lille.fr)).

**J'ai pris connaissance et compris les informations mentionnées ci-dessus et j'accepte l'utilisation ultérieure et anonyme des données cliniques me concernant à visée de recherche.**

**A** \_\_\_\_\_ **le :**

**Nom :**

**Prénom :**

**Signature :**



# CUDIT-1 (test)

INITIALES (PN):

Sexe (F/H):

Date de Naissance :

**Avez-vous consommé du cannabis au cours des 6 derniers mois ?**

**OUI**

**NON**

Si OUI, répondre aux questions suivantes relatives à votre consommation de cannabis. Répondre en entourant la réponse qui correspond le plus à votre consommation **au cours des 6 derniers mois**.

1. A quelle fréquence consommez-vous du cannabis ?					
Jamais 0	≤ 1fois/mois 1	2 à 4 fois/mois 2	2 à 3 fois/semaine 3	≥ 4 fois/semaine 4	
2. Combien d'heures êtes-vous « défoncé » un jour typique où vous consommez du cannabis ?					
< 1h 0	1 ou 2h 1	3 ou 4h 2	5 ou 6h 3	7h ou plus 4	
3. Au cours des 6 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de fumer du cannabis une fois que vous aviez commencé ?					
Jamais 0	< 1fois/mois 1	environ 1 fois/mois 2	environ 1 fois/semaine 3	Tous les j ou presque 4	
4. Au cours des 6 derniers mois, combien de fois votre consommation de cannabis vous a-t-elle empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?					
Jamais 0	< 1fois/mois 1	environ 1 fois/mois 2	environ 1 fois/semaine 3	Tous les j ou presque 4	
5. Au cours des 6 derniers mois, combien de fois avez-vous passé une grande partie de votre temps à chercher à vous procurer ou consommer du cannabis, ou à vous remettre des effets du cannabis ?					
Jamais 0	< 1fois/mois 1	environ 1 fois/mois 2	environ 1 fois/semaine 3	Tous les j ou presque 4	
6. Au cours des 6 derniers mois, combien de fois avez-vous éprouvé des problèmes de mémoire ou de concentration après avoir fumé du cannabis ?					
Jamais 0	< 1fois/mois 1	environ 1 fois/mois 2	environ 1 fois/semaine 3	Tous les j ou presque 4	
7. A quelle fréquence consommez-vous du cannabis dans des situations qui pourraient entraîner un danger, par exemple conduire un véhicule, utiliser une machine, ou s'occuper d'enfants ?					
Jamais 0	< 1fois/mois 1	environ 1 fois/mois 2	environ 1 fois/semaine 3	Tous les j ou presque 4	
8. Avez-vous déjà envisagé de réduire ou d'arrêter votre consommation de cannabis ?					
Jamais 0		Oui, mais pas au cours des 6 derniers mois 2		Oui, au cours des 6 derniers mois 4	

Version originale: Adamson SJ, Kay-Lambkin FJ, Baker AL, Lewin TJ, Thornton L, Kelly BJ, and Sellman JD. (2010). An Improved Brief Measure of Cannabis Misuse: The Cannabis Use Disorders Identification Test – Revised (CUDIT-R). *Drug and Alcohol Dependence* 110:137-143.

Version française (non validée) : Benjamin Rolland, Vincent Laprevote

# CAST

## Au cours des 12 DERNIERS MOIS, avez-vous fumé du cannabis ?

Non

Oui

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

## BIBLIOGRAPHIE

1. OMS | Substances psychoactives [Internet]. WHO. [cité 23 juin 2019]. Disponible sur: [https://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/psychoactive\\_substances/fr/](https://www.who.int/substance_abuse/terminology/psychoactive_substances/fr/)
2. Rapport européen sur les drogues. Tendances et évolutions. 2018. :96.
3. Statistical Bulletin 2019 | [www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu) [Internet]. [cité 23 juin 2019]. Disponible sur: [http://www.emcdda.europa.eu/data/stats2019\\_en](http://www.emcdda.europa.eu/data/stats2019_en)
4. Drogues et addictions, données essentielles - OFDT [Internet]. [cité 23 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/ouvrages-collectifs/drogues-et-addictions-donnees-essentielles/>
5. Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022 [Internet]. [cité 23 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.drogues.gouv.fr/la-mildeca/le-plan-gouvernemental/mobilisation-2018-2022>
6. Perceptions et opinions des Français sur les drogues - Tendances 88 - octobre 2013 - OFDT [Internet]. [cité 23 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/lettre-tendances/perceptions-opinions-francais-sur-drogues-tendances-88-octobre-2013/>
7. Gobbi G, Atkin T, Zytynski T, Wang S, Askari S, Boruff J, et al. Association of Cannabis Use in Adolescence and Risk of Depression, Anxiety, and Suicidality in Young Adulthood: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 1 avr 2019;76(4):426-34.
8. Gazel C, Fatséas M, Auriacombe M. Quels changements pour les addictions dans le DSM-5 ? *Lettre Psych*. Mar 2014; 10:50-3.
9. Demazeux S. Les catégories psychiatriques sont-elles dépassées ? *Philonsorbonne*. 15 Apr 2008;(2):67-88.
10. Widakowich C, Van Wettere L, Jurysta F, Linkowski P, Hubain P. L'approche dimensionnelle versus l'approche catégorielle dans le diagnostic psychiatrique : aspects historiques et épistémologiques. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 1 Jun 2013;171(5):300-5.
11. Reynaud M. Comprendre les addictions: l'état de l'art. *Traité D'addictologie*. 2016;3-28.
12. Piontek D, Kraus L, Klempova D. Short scales to assess cannabis-related problems: a review of psychometric properties. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2 Dec 2008;3:25.
13. López-Pelayo H, Batalla A, Balcells MM, Colom J, Gual A. Assessment of cannabis use disorders: a systematic review of screening and diagnostic instruments. *Psychol Med*. Apr 2015;45(6):1121-33.

14. Haute Autorité de Santé - Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte [Internet]. [cité 30 mars 2019]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1795221/fr/outil-daide-au-reperage-precoce-et-intervention-breve-alcool-cannabis-tabac-chez-ladulte](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1795221/fr/outil-daide-au-reperage-precoce-et-intervention-breve-alcool-cannabis-tabac-chez-ladulte)
15. Schultz NR, Bassett DT, Messina BG, Correia CJ. Evaluation of the psychometric properties of the cannabis use disorders identification test - revised among college students. *Addict Behav.* 18 Feb 2019;95:11-5.
16. Marshall SE. The Cannabis use disorder identification test - revised (CUDIT-R) : categorisation and interpretation [Thèse de doctorat]. University of Tasmania; 2013

VU

NANCY, le **06 septembre 2019**

Le Président de Thèse

**Professeur Raymund SCHWAN**

NANCY, le **10 septembre 2019**

Le Doyen de la Faculté de  
Médecine

**Professeur Marc BRAUN**

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ **10876**

NANCY, le **13 septembre 2019**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

**Professeur Pierre MUTZENHARDT**

---

**RÉSUMÉ DE LA THÈSE :**

La consommation de cannabis est très répandue en France, notamment parmi les adolescents et jeunes adultes, avec parfois de graves conséquences somatiques, psychiatriques et sociales. Le repérage précoce des troubles de l'usage du cannabis est désormais un enjeu majeur de santé publique. Les questionnaires standardisés reposant sur l'auto déclaration du patient représentent la meilleure option pour ce repérage, du fait de leur fiabilité et de leur simplicité.

Nous avons effectué une revue narrative de la littérature concernant les différents outils de mesure de l'usage du cannabis sur PubMed. Ont été retenus les questionnaires spécifiques au cannabis, validés en populations adolescentes et/ou adultes, issus d'articles scientifiques en langues anglaise ou française parus entre 1995 et 2015.

Seize questionnaires ont été retenus. Seuls cinq d'entre eux (CAGE-cannabis, CAST, CUDIT/CUDIT-R, PUM et SDS) possèdent de bonnes caractéristiques pour un repérage dans la pratique clinique quotidienne : brefs (moins de dix questions) et passation rapide (moins de dix minutes). Seul le CAST est validé en langue française. Le CUDIT-R est en cours de validation française et est le seul à être validé en comparaison aux critères diagnostiques du DSM-5.

Ces questionnaires ne se substituent pas à un diagnostic clinique et doivent être suivis d'une évaluation par un spécialiste. Toutefois, ils représentent une médiation intéressante, facilitant la prise de conscience du patient et son engagement dans les soins.

---

**TITRE EN ANGLAIS :**

Screening tools for cannabis use disorders and their adaptation on DSM-5: a literature review.

---

**THÈSE :** Médecine Spécialisée – Psychiatrie – Année 2019

---

**MOTS CLEFS :** Cannabis – Trouble de l'usage du cannabis – Outils de repérage – CUDIT-R

---

**INTITULÉ ET ADRESSE :**

**UNIVERSITÉ DE LORRAINE**

**Faculté de Médecine de Nancy**

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex