



Prévalence des troubles liés à l'usage du cannabis en médecine générale

Clara Noaki Lepez

► To cite this version:

Clara Noaki Lepez. Prévalence des troubles liés à l'usage du cannabis en médecine générale. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01230583

HAL Id: dumas-01230583

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01230583>

Submitted on 18 Nov 2015

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

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est 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 toute poursuite pénale.

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2015

N° 69

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Spécialité Psychiatrie

Prévalence des troubles liés à l'usage du cannabis
en médecine générale

Présentée et soutenue publiquement
le 23 juin 2015

Par

Clara Noaki LEPEZ

Née le 24 juillet 1988 à Paris (75)

Dirigée par M. Le Docteur Wajdi Mehtelli

Jury :

M. Le Professeur Frank Bellivier Président

M. Le Professeur Jean-Pierre Lépine

M. Le Docteur Yann Le Strat



Except where otherwise noted, this work is licensed under
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>

A mes parents, Jeanne et Laurent que j'aime énormément,

A Pierre et Anne, mon frère et ma sœur,

A Michel, mon grand-père, Christiane, d'entre les roses de Bougezet et à Denise,

A Juliette, Judith, Sarah, Alice et tous les autres, mes compagnons de voyage et des bonheur de la vie,

A Virgile, avec qui j'ai fait un bout de chemin et qui restera toujours dans mon cœur,

A tous mes co-internes, Anne-Claire, Julien, Marie-Astrid, Coline, Cécile, Sabine et tous les autres qui m'ont fait vivre l'internat avec joie,

Aux médecins généralistes de la rue de Charonne,

A Maryline.

Merci au Professeur BELLIVIER d'avoir accepté de présider ce jury.

Merci à Florence VORSPAN d'avoir dirigé ma thèse, au départ, avec toute sa compétence, son enthousiasme, sa gentillesse et sa simplicité.

Merci à Wajdi MEHTELLI d'avoir repris le flambeau et de m'avoir donné le goût de la psychiatrie et de l'addictologie à Fernand Widal.

Merci au Professeur LEPINE et au Professeur LE STRAT d'avoir accepté de participer à mon jury.

1 INTRODUCTION	5
1.1 LE CANNABIS : USAGE ET TROUBLE LIE A L'USAGE DE CANNABIS	5
<u>1.1.1 ORIGINE ET MODE DE CONSOMMATION DU CANNABIS</u>	5
<u>1.1.2 PHARMACOLOGIE</u>	6
<u>1.1.3 FACTEURS IMPLIQUES DANS LA DEPENDANCE AU CANNABIS</u>	6
<u>1.1.4 CONSEQUENCES DE L'INTOXICATION AU CANNABIS</u>	7
<u>1.1.5 DE L'ABUS/DEPENDANCE VERS LE TROUBLE LIE A L'USAGE DU CANNABIS</u>	8
1.2 DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES EN FRANCE	10
1.3 DONNEES DE PREVALENCE EN MEDECINE GENERALE	12
1.4 OBJECTIF	12
2 METHODE	13
2.1 CHOIX DU CABINET	13
2.2 METHODE DE L'ENQUETE	13
2.3 LE QUESTIONNAIRE CUDIT	13
2.4 PARTICIPATION	14
2.5 ASPECTS ETHIQUES	14
3 RESULTATS	15
3.1 ANALYSE DESCRIPTIVE	15
<u>3.1.1 CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES</u>	15
Tableau 1 : Caractéristiques démographiques de la population étudiée	15
<u>3.1.2. MOTIF DE CONSULTATION DECLARE</u>	16
<u>3.1.3 DONNEES CONCERNANT LA CONSOMMATION DE TABAC</u>	17
Tableau 2 : Variables concernant le tabac	17
<u>3.1.4 DONNEES CONCERNANT LA CONSOMMATION DE CANNABIS</u>	18
Tableau 3 : Variables concernant le cannabis	18
<u>3.1.5 DONNEES CONCERNANT LA CONSOMMATION D'ALCOOL</u>	19
Tableau 4 : Variables concernant l'alcool	20
3.2 ASSOCIATION DE LA CONSOMMATION DE CANNABIS ET DES DONNEES SUR LA SANTE	20
a) Tableau 5 : Consommation de cannabis et motifs de consultation	22
b) Tableau 6 : Consommation de cannabis et antécédents	23
3.3 LE TROUBLE LIE A L'USAGE DE CANNABIS	25
a) Tableau 7 : Etude de quelques variables avec le critère de regroupement « se sent dépendant du cannabis »	25

b) Tableau 8 : Score total de CUDIT et variable « Se sent dépendant du cannabis »	27
c) Tableau 9: Sensibilité et spécificité de différents seuils de score total de CUDIT pour détecter les patients déclarant se sentir dépendant du cannabis	27
4 DISCUSSION	28
4.1 RESULTATS PRINCIPAUX	28
4.2 COMPARAISON AUX DONNEES DE LA LITTERATURE	28
4.3 LIMITES	32
5 CONCLUSION	32
6 BIBLIOGRAPHIE	34
ANNEXE	39
QUESTIONNAIRE	39
CUDIT	41
RESUME	42
MOTS CLES	42
KEY WORDS	42

1 INTRODUCTION

La consommation de cannabis n'est pas anodine compte tenu de certains troubles cognitifs qu'elle peut engendrer lorsqu'elle est massive et durable (Meier et al, 2012). Elle est également impliquée dans les accidents de la route (SAM et al, 2005), les cancers ORL et pulmonaires (Aldington et al, 2008) et les maladies cardio-vasculaires (Mittleman et al, 2001). Or, le cannabis est la substance illicite de loin la plus consommée en France, en particulier chez les jeunes. On compte près de 550 000 consommateurs quotidiens parmi les 12-75 ans. Chez les 18-25 ans, 53% des hommes et 41% des femmes sont consommateurs ou ont déjà consommé dans leur vie (données de l'OFDT, Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies, 2013).

Si l'épidémiologie de l'usage est connue en France, celle de la dépendance l'est beaucoup moins. Les principales données sur la prévalence de l'abus et la dépendance ont été obtenues aux États-Unis, en Australie et Nouvelle-Zélande et très peu dans les pays européens.

Nous allons d'abord évoquer quelques généralités concernant le cannabis : son origine, son mode de consommation, les facteurs impliqués dans la dépendance à cette substance, sa toxicité et l'évolution de la nomenclature du DSM. Ensuite, nous nous intéresserons à l'épidémiologie de l'usage en France en population générale et nous verrons s'il existe des données en population de médecine générale. Puis, nous parlerons de notre étude où nous avons étudié les consommations de tabac, de cannabis et d'alcool au sein d'un échantillon de patients consultant le médecin généraliste en les croisant avec des données sur leur état de santé. Enfin, nous comparerons nos résultats avec les données de la littérature qui existent à ce sujet.

1.1 LE CANNABIS : USAGE ET TROUBLE LIE A L'USAGE DE CANNABIS

1.1.1 ORIGINE ET MODE DE CONSOMMATION DU CANNABIS

Le cannabis appartient à la famille des *cannabinacées* qui est le nom latin du chanvre. Les deux principaux types en sont le Cannabis sativa sativa (ou chanvre textile) et le Cannabis sativa indica (ou chanvre indien). Le chanvre indien ou Cannabis sativa indica, se présente comme un arbuste aux feuilles de couleur vert foncé et est cultivé

essentiellement en Afrique, en Asie et en Amérique du sud. Il est consommé sous trois formes :

L'herbe ou marijuana : il s'agit des feuilles et des fleurs de la plante. La teneur en tétrahydrocannabinol (THC) est faible, de 6 à 8%. En général, elle est fumée, soit seule, soit avec du tabac.

La résine : elle est coupée avec différentes substances, sa teneur en THC est variable (entre 5 et 40%, en moyenne 10%). La résine est consommée chauffée, écrasée et mélangée avec du tabac.

L'huile de cannabis : elle peut contenir jusqu'à 70% de THC et peut être ingérée, souvent mélangée à des préparations alimentaires.

D'après le rapport mondial sur les drogues (2007), le plus grand producteur d'herbe est le Mexique, suivi du Paraguay, du Maroc et de l'Afrique du Sud. La majorité de la résine de cannabis consommée en France provient du Maroc, l'herbe provenant principalement des Pays-Bas, de la Belgique et de l'Afrique subsaharienne.

1.1.2 PHARMACOLOGIE

Le delta9-tétrahydrocannabinol (delta9-THC) constitue le principal cannabinoïde psycho actif. Après inhalation, 15 à 50% du delta9-THC passe dans le sang et ce, très rapidement, en quelques minutes. Ensuite, il se distribue rapidement dans les tissus riches en lipides (car très lipophile) comme la substance blanche du cerveau. Sa demi-vie est de 8 jours. Il est principalement métabolisé au niveau hépatique. L'élimination des cannabinoïdes se fait donc par voie digestive mais aussi rénale et sudorale (l'élimination est lente car la fixation tissulaire est importante). Les urines d'un sujet ayant fumé du cannabis contiennent du delta9-THC pendant 14 jours.

1.1.3 FACTEURS IMPLIQUES DANS LA DEPENDANCE AU CANNABIS

Plusieurs facteurs sont intriqués dans la dépendance au cannabis, des facteurs neurobiologiques, psychologiques et sociaux.

Facteurs neurobiologiques : il existe deux récepteurs au cannabis, CB1 et CB2. Les récepteurs CB1 sont présents au niveau du système nerveux central et ce sont eux qui sont impliqués dans les effets psychoactifs. Situés dans le système limbique cérébral, ils jouent leur rôle dans le circuit de la récompense qui est un circuit dopaminergique

connectant l'aire tegmentaire ventrale au noyau accumbens. Les récepteurs CB2 quant à eux sont localisés en périphérie, surtout dans des cellules immunitaires. Il y aurait une expression accrue des récepteurs cannabinoïdes dans certains états pathologiques comme les pathologies inflammatoires chroniques et les néoplasies d'où la question de l'usage thérapeutique du cannabis. Une variabilité de sensibilité des récepteurs CB1 d'origine génétique ou acquise par une sensibilisation antérieure, notamment par des consommations précoces de tabac, est évoquée pour expliquer les différences de vulnérabilité individuelle vis-à-vis des effets du cannabis et du développement d'une dépendance.

Facteurs psychologiques : la recherche d'ivresse peut être expliquée par certains traits de caractère : impulsivité, anhédonie, dépressivité... On retrouve également une prévalence plus importante de troubles de la personnalité, en effet, 60% des patients qui consultent pour des consommations problématiques de cannabis ont des traits de personnalité émotionnellement labile. On y retrouve une proportion importante de personnalités borderline et antisociale. Chez les adolescents abuseurs ou dépendants du cannabis, on constate souvent des antécédents de trouble des conduites et d'hyperactivité avec trouble de l'attention, mais aussi des troubles internalisés dont la phobie sociale (Guillem et al, 2014). De plus l'existence de troubles psychiatriques comme le trouble bipolaire ou la schizophrénie est également associée à la dépendance au cannabis (Costes et al, 2007).

Facteurs sociaux : l'adolescence avec l'influence des pairs est la période où l'expérimentation du cannabis est de loin la plus importante et durant laquelle les premières consommations se font en groupe (effet d'entraînement). Par ailleurs, la délinquance, l'isolement, le manque de soutiens sociaux et le désinvestissement scolaire, sont autant de paramètres qui augmentent la fréquence des contacts avec cette drogue.

1.1.4 CONSEQUENCES DE L'INTOXICATION AU CANNABIS

En 1845 déjà, Moreau de Tours décrivait les effets psychoactifs du cannabis dans sa thèse « Du haschich et de l'aliénation mentale ». La prise de cannabis entraîne une augmentation du temps de réaction, une difficulté à effectuer des tâches complètes et des troubles de la coordination motrice. Ces signes sont aggravés par la prise concomitante d'autres substances psychoactives, notamment l'alcool. Un automobiliste

sous l'emprise du cannabis seul a deux fois plus de risque d'être responsable d'un accident mortel que les conducteurs qui n'en ont pas consommé. Ce risque est multiplié par huit lorsqu'il s'agit de l'alcool et par quinze en cas de consommation de cannabis et d'alcool (SAM et al, 2005). Quelques infarctus du myocarde avec le cannabis comme seul facteur déclenchant, ont été décrits dans la littérature, du fait de propriétés vasoconstrictrices propres, indépendamment du tabac qui est le plus souvent associé au cannabis (Mittleman et al, 2001). L'intoxication aiguë peut donner lieu à des attaques de panique ou des syndromes de dépersonnalisation très angoissants. Ces symptômes régressent avec l'arrêt des prises. Une consommation importante et chronique peut entraîner un « syndrome amotivationnel » c'est-à-dire un désintérêt pour les activités habituelles, une fatigue physique et intellectuelle, des difficultés de concentration et de mémorisation et une humeur dépressive.

De façon générale, la consommation régulière de cannabis peut aggraver toutes les maladies psychiatriques en augmentant le risque suicidaire, le risque de désinsertion sociale et le risque de troubles anxieux et thymiques (Buckner et al, 2012 ; Copeland et al, 2013). Son rôle causal dans la survenue d'une schizophrénie n'a pas été établi ; par contre, il accélérerait l'apparition des symptômes et agirait donc comme un « révélateur » de la maladie. En effet, plusieurs études montrent une relation effet-dose entre consommation de cannabis et intensité des symptômes psychotiques chez les schizophrènes, avec un plus grand nombre de décompensations aiguës et d'hospitalisations (Zammit et al, 2007). Une consommation chronique débutée à l'adolescence entraînerait un déclin cognitif irréversible (Meier et al, 2012). Le cannabis a un effet propre (même s'il est souvent associé au tabac) favorisant la bronchite chronique, l'athérosclérose et l'apparition de certains cancers (surtout cancer du poumon (Aldington et al, 2008) et des voies aéro-digestives supérieures (Zhang et al, 1999)).

1.1.5 DE L'ABUS/DEPENDANCE VERS LE TROUBLE LIE A L'USAGE DU CANNABIS

L'usage nocif ou l'abus selon le DSM-IV décrit une consommation régulière sans tolérance ni sevrage mais avec des interférences concernant les obligations scolaires et professionnelles, un fléchissement scolaire voire un absentéisme, des conduites à risques et transgressions, un désinvestissement amical... (Tableau I).

Tableau I : Abus d'une substance selon le DSM-IV

Mode d'utilisation inadéquat d'une substance conduisant à une présence d'au moins une des manifestations suivantes au cours d'une période de douze mois :

1. Utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison
 2. Utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux
 3. Problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation d'une substance
 4. Utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents
-

La dépendance voit apparaître la notion de tolérance (qui est le fait d'augmenter les doses pour arriver au même effet) et de sevrage. Elle réunit également d'autres critères comme l'utilisation compulsive du produit avec une consommation plus longue que prévu, un effort infructueux pour diminuer, un retentissement socioprofessionnel et psychosomatique (Tableau II).

Tableau II : Dépendance à une substance selon le DSM-IV

Présence de trois (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de douze mois :

1. Tolérance (quantité ou effet)
 2. Sevrage (syndrome)
 3. Substance souvent prise en quantité plus importante ou prolongée
 4. Désir persistant
 5. Beaucoup de temps passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance
 6. Activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes abandonnées
 7. Utilisation de la substance poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent
-

Le DSM-5 ne fait plus la différence entre abus et dépendance mais parle de « trouble lié à l'usage d'une substance », il ne fait plus mention des critères légaux et a ajouté un nouveau critère : « le craving » qui correspond à une envie irrépressible de consommer la substance.

Les critères DSM-5 de sevrage au cannabis comprennent au moins trois manifestations, après arrêt d'une utilisation massive et prolongée de cannabis, parmi les sept suivantes :

irritabilité/agressivité, anxiété, troubles du sommeil, diminution de l'appétit, agitation, humeur dysphorique/dépressive, symptômes somatiques (douleurs abdominales, tremblements, sueurs, fièvre, frissons, céphalées).

1.2 DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES EN FRANCE

Le cannabis est le produit illicite le plus consommé en Europe. La France est l'un des pays où les niveaux d'usage sont les plus élevés, notamment parmi les adolescents. D'après l'Observatoire français des drogues et des toxiques, en 2011, on estime qu'environ 13,4 millions de personnes ont déjà consommé du cannabis au moins une fois dans leur vie, soit un cinquième de la population. Les usagers réguliers (au moins dix consommations dans le mois) sont dix fois moins nombreux (Tableau 1).

Tableau 1 - Estimation du nombre de consommateurs de cannabis en France métropolitaine parmi les 11-64 ans en 2011

Expérimentateurs	dont actuels	dont réguliers
13,4 millions	3,8 millions	1,2 million

Expérimentateurs : personnes ayant déclaré avoir consommé au moins une fois au cours de leur vie

- Actuels : consommateurs dans l'année

- Réguliers : au moins 10 consommations de cannabis dans le mois

Sources : Baromètre santé 2010, ESCAPAD 2011, ESPAD 2011, HBSC 2010

On constate une augmentation du nombre d'expérimentateurs entre 2005 et 2010, la fréquence en population générale passant de 29% à 33%. Cette légère hausse de l'expérimentation tient principalement au fait que les personnes nées après 1976 ont plus souvent testé le cannabis que leurs aînés (tableau 2).

Tableau 2 - Usages de cannabis selon l'âge et le sexe parmi les 18-64 ans en 2010 (%)

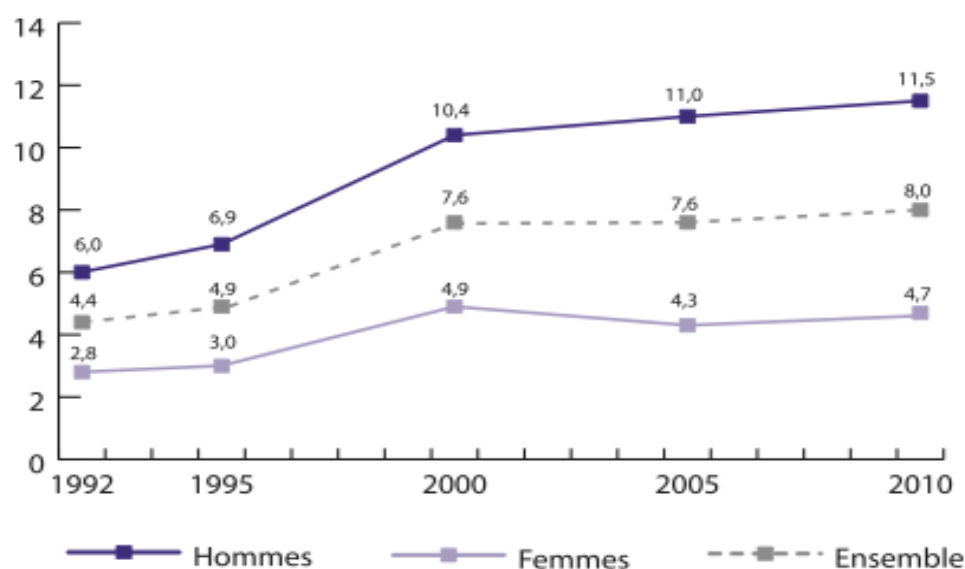
%	Ensemble	18-25 ans	26-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-64 ans	Hommes	Femmes
Expérimentation	32,9	47,3	51,8	38,0	22,6	10,1	40,6	25,4
Usage au cours de l'année	8,0	22,8	13,8	5,1	2,4	0,8	11,5	4,7
Usage au cours du mois	4,4	13,2	7,5	2,8	1,0	0,2	6,6	2,2
Usage régulier	2,1	6,3	4,1	1,2	0,5	0,1	3,4	0,9
Usage quotidien	1,1	3,1	2,1	0,7	0,3	0,1	1,7	0,5

Lecture : 47,3 % des personnes de 18 à 25 ans ont déjà consommé du cannabis au cours de leur vie

Source : Baromètre santé 2010 (INPES)

Concernant l'usage de cannabis au cours de l'année chez les 18-64 ans, il se stabilise depuis 2000, après avoir presque doublé au cours des années 1990 (graphique 1). En 2010, il s'établit à 8 % (12 % parmi les hommes, 5 % parmi les femmes).

Graphique 1 - Usage de cannabis au cours des 12 derniers mois parmi les 18-64 ans entre 1992 et 2010 (%)



Source : Baromètre santé 2010 (INPES)

Au sein de l'Europe, la France appartient au groupe de pays où la prévalence de l'usage de cannabis au cours de l'année est la plus élevée : 8,4 % des 15-64 ans (contre 9,6 % pour l'Espagne, 8,9 % pour la République tchèque et 8,4 % pour le Royaume-Uni).

1.3 DONNEES DE PREVALENCE EN MEDECINE GENERALE

Il n'existe à ce jour aucune étude française publiée sur la prévalence du trouble lié à l'usage du cannabis en soin primaire, c'est-à-dire en population consultant le médecin généraliste. Or, le médecin généraliste occupe une place centrale dans le dépistage des addictions, le recours à l'intervention brève, l'accompagnement au sevrage des patients motivés, le dépistage des complications somatiques, l'adressage au spécialiste des cas présentant des comorbidités ou des rechutes multiples... De plus, concernant la prise en charge des troubles liés à l'usage du cannabis et dans une optique de réduction des risques, les approches psychothérapeutiques ont démontré leur efficacité (Rigter et al, 2013). Concernant les traitements médicamenteux de la dépendance au cannabis, plusieurs pistes sont en cours d'évaluation. Les traitements symptomatiques restent les outils privilégiés de l'aide au sevrage.

1.4 OBJECTIF

L'objectif principal de notre étude est d'étudier la prévalence du trouble lié à l'usage du cannabis au sein d'un échantillon de population de médecine générale. Il s'agit également d'étudier les caractéristiques démographiques de cette population, sa consommation de tabac et d'alcool ainsi que de préciser les caractéristiques sociologiques des consommateurs de cannabis. De plus, une recherche d'associations statistiquement significatives a été réalisée entre la consommation de cannabis et les motifs de consultation ou les antécédents déclarés. Enfin, une évaluation de l'intérêt du questionnaire CUDIT pour le dépistage du trouble lié à l'usage du cannabis au sein de cet échantillon de patients a été menée.

2 METHODE

2.1 CHOIX DU CABINET

Il s'agit du cabinet de médecine générale où j'ai effectué mon stage chez le praticien niveau 1 de mai à octobre 2014. Il se situe au 177 rue de Charonne dans le 11^{ème} arrondissement. Cinq praticiens y travaillent ; trois femmes qui, au travers de leur pratique de médecine générale, voient beaucoup de femmes et d'enfants, en effet, elles ont une activité de médecine de premier recours pour les familles avec notamment suivi pédiatrique et suivi gynécologique, et deux hommes qui eux, suivent beaucoup de patients ayant des problématiques addictologiques (notamment alcool et traitement de substitution orale de la dépendance aux opiacés par Méthadone ou Subutex).

2.2 METHODE DE L'ENQUETE

Il s'agit d'une enquête épidémiologique transversale en population clinique de médecine générale. Les questionnaires anonymes comportaient des questions sur l'âge, le niveau d'étude, le motif de consultation, les problèmes de santé actuels, la consommation de tabac, d'alcool et de cannabis. Le questionnaire CUDIT terminait le questionnaire. Je suis partie sur l'hypothèse que le cabinet recevait une population à peu près comparable à la population générale parisienne, urbaine (probablement un peu plus aisée que la population générale française). En considérant que les patients seraient des français moyens donc, si je distribuais mon questionnaire à au moins 200 patients âgés de 18 à 65 ans, on s'attendrait à 8% d'usage de cannabis dans l'année (d'après les chiffres Baromètre santé 2010) soit possiblement 16 sujets environ pour lesquels la question du trouble lié à l'usage du cannabis pourra être posée.

2.3 LE QUESTIONNAIRE CUDIT

Le **Cannabis Use Disorder Identification Test** (CUDIT) est l'outil de repérage de la consommation problématique de cannabis que j'ai choisi d'utiliser car il s'agit d'un test validé en français. Il est construit sur le modèle de l'AUDIT et se compose de 10 questions (Adamson et al, 2003). La première question évalue la fréquence de la consommation de cannabis, les suivantes évaluent le temps passé, la durée de l'effet de la consommation de cannabis, le craving, le retentissement social... Le questionnaire

CUDIT est présenté en annexe. Une étude sur 194 sujets (134 sujets ambulatoires et 69 sujets hospitalisés en Addictologie (avec au total, 82% d'abuseurs/dépendants)) a estimé qu'à partir du score 10, la sensibilité était de 94,4% et la valeur prédictive positive de 90,4% pour affirmer le trouble lié à l'usage de cannabis (Guillem et al, 2011). La CUDIT est donc un instrument fiable pour la détection des troubles liés à l'usage du cannabis chez les sujets à risque.

2.4 PARTICIPATION

Les questionnaires ont été laissés en place durant trois mois (juin, juillet et août 2014). Ils étaient destinés à tous les patients âgés de 18 à 65 ans et consultant pour n'importe quel motif au cabinet. Sachant que la file active de patients a été d'environ 2500 patients sur ces 3 mois avec environ 65% de la patientèle comprise entre 18 et 65 ans et que 261 questionnaires ont été remplis, le taux de participation a été de 16%.

2.5 ASPECTS ETHIQUES

Initialement, j'avais prévu de faire remplir moi-même le questionnaire aux patients en fin de consultation mais mes praticiens ont préféré que je les laisse dans la salle d'attente et que les patients les remplissent eux-mêmes s'ils le voulaient et ce, de façon totalement anonyme. Ils ont en effet jugé que mes questions n'étaient pas des questions concernant un facteur de risque connu pour affecter la santé des patients mais concernaient davantage un mode de vie et étaient trop « intimes » pour être posées directement et qu'en quelque sorte, cela ne correspondait pas à l'éthique du cabinet qui témoigne un grand respect de la vie privée. Bien que je ne partage pas cet avis, j'ai donc laissé à disposition dans une boîte posée sur la table de la salle d'attente mes questionnaires attachés à la CUDIT. Il y avait deux secrétaires qui m'ont aidé à solliciter les patients, une le matin et une l'après-midi. Elles invitaient les patients à remplir le questionnaire en leur disant que c'était sur la consommation de cannabis, que c'était le sujet de thèse de l'interne actuellement en stage, que c'était adressé à tout le monde et que c'était anonyme.

Il s'agissait d'une étude non interventionnelle, de recueil d'informations anonymes qui ne pouvaient pas ensuite être reliées au dossier médical des patients. En ce sens, cette étude ne constitue pas une Recherche Biomédicale au titre de la Loi Huriet-Serusicat de

1984 ni de la Loi Jarde de 2012. C'est pourquoi nous avons considéré que cette étude ne relevait pas d'une autorisation formelle d'un Comité de Protection des Personnes indépendant. Le protocole a été approuvé par 3 personnes (Florence Vorspan, Wajdi Mehtelli, Kristel Piani) qui peuvent être considérées comme un comité éthique interne et n'ont pas relevé de problème à sa réalisation. Pour nous conformer aux bonnes pratiques de la recherche et aux principes de la déclaration d'Helsinki de 1945, il était précisé au patient que la participation était volontaire et qu'un refus de participation ne modifierait en rien les soins qu'ils recevraient au cabinet. Il n'a pas été réalisé de fichier informatique comportant des données identifiables. C'est pourquoi nous n'avons pas déclaré cette étude à la CNIL.

3 RESULTATS

3.1 ANALYSE DESCRIPTIVE

L'étude a inclus 261 patients. L'analyse des données a été faite avec le logiciel SPSS

3.1.1 CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES :

La population étudiée est composée de 68% de femmes et de 32% d'hommes.

L'âge varie de 18 à 65 ans avec une moyenne à 43 ± 14 ans.

Il s'agit majoritairement d'employés (45%), puis de professions libérales et de cadres (27%), ensuite de retraités (11%), d'étudiants (9%) enfin de personnes au chômage (7%) et de personnes ayant le statut handicapé (1%).

Au niveau de la couverture sociale, 47% des patients ont la sécurité sociale et une mutuelle contre 45% qui n'ont que la sécurité sociale, enfin, 3% bénéficient de la couverture mutuelle universelle (CMU).

Tableau 1 : Caractéristiques démographiques de la population étudiée

Variables	Fréquence (n)	Pourcentage valide
<u>Sexe</u>		
Hommes	83	32,2%
Femmes	175	67,8%

<u>Profession</u>		
Handicapé	2	0,8%
Etudiant	22	8,9%
Sans emploi	17	6,9%
Employé	112	45,3%
CSP +	67	27,1%
Retraité	27	10,9%
<u>Protection sociale</u>		
Sécurité sociale seule	104	44,6%
Sécurité sociale + mutuelle	123	47,1%
CMU	6	2,6%

CSP+ : catégorie socioprofessionnelle supérieure (cadre, profession libérale)

CMU : couverture maladie universelle

3.1.2. MOTIF DE CONSULTATION DECLARE

Les patients remplissaient une case concernant leur motif de consultation. Au vu des réponses recueillies, nous avons créé *a posteriori* de grandes catégories. Les patients se répartissaient de la façon suivante :

- Consultation de prévention, bilan systématique, vaccination, certificats, suivi régulier, renouvellement d'ordonnance ou d'arrêt de travail: 35.5%
- Problème aigu rhumatologique/traumatologique : 14.1%
- Problème aigu ORL-pneumologie-allergie : 11.1%
- Gynécologie : 8.5%
- Addictologie : 4.7%
- Dermatologie : 3.8%
- Cardiologie : 3.4%
- Psychiatrie : 3%
- Digestif : 2.6%
- Pédiatrie : 2.1%
- Diabétologie-Endocrinologie : 1.7%
- Urologie : 1.7%
- Autres : 7.7%

3.1.3 DONNEES CONCERNANT LA CONSOMMATION DE TABAC:

Dans la population étudiée, 44% des personnes fument actuellement du tabac avec en moyenne une consommation à 12 ± 9 [0-40] cigarettes par jour. Ils ont commencé à fumer en moyenne à 17 ± 4 ans [9-40]. Parmi eux, 80% se sentent dépendants et 30% fument leur première cigarette dans les cinq minutes suivant le réveil.

Parmi les fumeurs actuels, 18% souhaitent arrêter maintenant, 42% dans les six mois et 40% ne souhaitent pas arrêter. Les trois quarts n'ont jamais utilisé de substituts nicotiniques. Parmi les fumeurs, 21% utilisent ou ont déjà utilisé la cigarette électronique (en moyenne 1.2 ± 1.8 [0-8] flacon par semaine avec 9 ± 5 [0-19] mg de nicotine par ml). Les deux tiers des fumeurs ont déjà parlé de leur consommation de tabac à leur médecin traitant.

Tableau 2 : Variables concernant le tabac

Variables	Fréquence (n)	Pourcentage
Fumeurs actuels	115	44,1%
e-cigarette	55	21% (41% des fumeurs)
Se sent dépendant du tabac	92	35,2% (80% des fumeurs)
1 ^{er} critère Fagerström	34	13,0% (30% des fumeurs)
Intention d'arrêter		
Maintenant	19	7,3% (18% des fumeurs)
Dans les 6 mois	45	17,2% (42% des fumeurs)
Jamais	43	16,5% (40% des fumeurs)
En ont parlé à leur médecin traitant		
Non	42	16,1% (36% des fumeurs)
Oui	74	28,4% (64% des fumeurs)
Ont utilisé des substituts nicotiniques		
Non	90	34,5% (76% des fumeurs)
Oui	28	10,7% (24% des fumeurs)

3.1.4 DONNEES CONCERNANT LA CONSOMMATION DE CANNABIS:

Dans la population étudiée, 21% des personnes fument actuellement du cannabis soit 54 patients de l'enquête. Les consommateurs fument en moyenne 2.4 ± 3.2 joints par jour (de 0 à 15 joints par jour au maximum) et 16 ± 23 joints par semaine (0 à 105 joints par semaine au maximum). Les plus jeunes ont commencé à l'âge de 12 ans, les plus âgés à 30 ans avec une moyenne à 17.4 ± 4 ans. Parmi eux, 34% se sentent dépendants et 9% fument leur premier joint dans les cinq minutes suivant le réveil.

Parmi les consommateurs actuels de cannabis, 10% souhaitent arrêter maintenant, 18% dans les six mois et 40% ne souhaitent pas arrêter. Un petit peu plus que la moitié des consommateurs (52%) ont déjà parlé de leur usage de cannabis à leur médecin traitant. Seul, un cinquième des consommateurs prendrait un traitement médicamenteux facilitant le sevrage au cannabis s'il existait.

Tableau 3 : Variables concernant le cannabis

Variables	Fréquence (n)	Pourcentage
Fumeurs actuels	54	20,9%
Se sent dépendant du cannabis	18	6,9% (34% des fumeurs de cannabis)
Fument dans les 5 premières minutes après le réveil	5	1,9% (9% des fumeurs de cannabis)
<u>Intention d'arrêter</u>		
Maintenant	5	1,9% (10% des fumeurs de cannabis)
Dans les 6 mois	9	3,4% (18% des fumeurs de cannabis)
Jamais	36	72% (40% des fumeurs de cannabis)
<u>En ont parlé à leur médecin traitant</u>		
Non	25	9,6% (48% des fumeurs de cannabis)
Oui	27	10,3% (52% des fumeurs de cannabis)
<u>Prendrait un traitement pour faciliter le sevrage</u>		
Non	41	15,7% (79% des fumeurs de cannabis)
Oui	11	4,2% (21% des fumeurs de cannabis)

Ces données sont différentes si on compare le sous-groupe qui se déclare dépendant aux autres consommateurs de cannabis : **ils formulent significativement plus fréquemment une demande d'aide à leur médecin généraliste.**

- Ils souhaitent plus fréquemment arrêter leur consommation : Maintenant 4/16 (25%) ; Dans les 6 mois 5/16 (31%) ; Jamais 7/16 (43%) versus pour les autres consommateurs : Maintenant : 0/32 ; Dans les 6 mois : 4/32 (12.5%) ; Jamais 28/32 (87.5%) ; χ^2 (2ddl)=12.8 ; $p=.002$
- Ils en ont davantage parlé avec leur médecin généraliste : 14/16 (87.5%) versus 11/34 (32.4%) ; χ^2 (1ddl)=13.23 ; $p<.001$

Ils prendraient davantage un traitement médicamenteux d'aide au sevrage si on le leur proposait : 8/16 (50%) versus 2/32 (6.2%) ; χ^2 (1ddl)=15.6 ; $p=.001$.

3.1.5 DONNEES CONCERNANT LA CONSOMMATION D'ALCOOL :

Dans la population étudiée, 73,5% des personnes se déclarent consommateurs actuels d'alcool. En moyenne, ils consomment 3.3 ± 2.2 [1-12] verres d'alcool par occasion avec en moyenne 3 ± 2.1 [0-7] occasion par semaine. Le nombre de sujets se déclarant buveurs quotidiens était de 27 soit 16% des consommateurs d'alcool et 10% de l'ensemble de l'échantillon de l'étude. Les plus gros consommateurs ont bu 12 verres par occasion avec 7 occasions par semaine. Parmi eux, 14% se sentent dépendants. Parmi les consommateurs actuels d'alcool, 6% souhaitent arrêter maintenant, 6% dans les six mois et 88% ne souhaitent pas arrêter. Seul 22% des buveurs ont déjà parlé de leur consommation d'alcool à leur médecin traitant. 68% des buveurs pensent qu'il existe un traitement médicamenteux qui facilite le sevrage alcoolique et 18% le prendraient s'ils le pouvaient.

Tableau 4 : Variables concernant l'alcool

Variables	Fréquence (n)	Pourcentage
Consommateurs actuels	183	73,5%
Se sent dépendant de l'alcool	25	9,6% (14% des buveurs)
<u>Intention d'arrêter</u>		
Maintenant	10	3,8% (6% des buveurs)
Dans les 6 mois	9	3,4% (6% des buveurs)
Jamais	140	53,6% (88% des buveurs)
<u>En ont parlé à leur médecin traitant</u>		
Non	118	45,2% (78% des buveurs)
Oui	33	12,6% (22% des buveurs)
<u>Pense qu'il existe un traitement pour facilitant le sevrage</u>		
Non	41	15,7% (32% des buveurs)
Oui	87	33,3% (68% des buveurs)
<u>Prendrait le traitement s'il existait</u>		
Non	100	38,3% (82% des buveurs)
Oui	22	8,4% (18% des buveurs)

3.2 ASSOCIATION DE LA CONSOMMATION DE CANNABIS ET DES DONNEES SUR LA SANTE

Dans la population de l'étude, les 54 patients qui déclaraient fumer du cannabis présentaient des caractéristiques particulières.

Au plan sociodémographique, ils étaient significativement plus jeunes : 36 ± 11.8 ans [18-65] versus 46 ± 14.5 ans [18-79], ANOVA 1 facteur $F(1ddl) = 20$, $p < .001$.

Ils étaient aussi significativement plus fréquemment étudiants ou sans emploi et moins fréquemment cadre ou de profession libérale ou retraités (handicapé 2% vs 0.5%;

étudiant 13.7% vs 7% ; sans emploi 17.6% vs 4.1%; employé 45.1% vs 45.1%; cadre 19.6% vs 29.5% ; retraité 2% vs 13.5%, χ^2 (5ddl)=19, $p=.001$).

Au plan de la couverture sociale, ils sont moins fréquemment bénéficiaires d'une mutuelle que les non usagers de cannabis de l'échantillon : Sécurité Sociale seule 70.6% vs 35.7% ; Mutuelle : 25.5% vs 61 %; Couverture Maladie Universelle : 3.9% vs 2.2%, χ^2 (2ddl)=20, $p<.001$.

En revanche, sans différence significative avec l'ensemble de l'échantillon des personnes consultant au cabinet et ayant répondu au questionnaire, les fumeurs de cannabis sont en majorité des femmes : 60.4% vs 70.3%, χ^2 (1ddl)=1.9, $p=.186$.

A l'intérieur de ce sous-groupe de patients usagers de cannabis, ceux qui se déclaraient dépendants présentaient également des caractéristiques particulières :

- Ce sont majoritairement des hommes (10 soit 62.5% des 16 fumeurs dépendants ; contre 11 soit 31% des 35 usagers non dépendants ; χ^2 (1ddl)= 4.3, $p=0.036$)
- Ils présentent davantage de morbidités nécessitant un traitement médicamenteux : 12 sur 17 soit 70.6% reçoivent un traitement médicamenteux contre 12 parmi 34 fumeurs non dépendants soit 35.3% ; χ^2 (1ddl)=5.6 ; $p=0.018$.

Concernant le motif de la venue au cabinet, il n'existait pas de différence statistiquement significative de la répartition des 14 catégories de motif que nous avons créées: χ^2 (13 ddl) = 7.7, $p=.803$. Néanmoins, on peut noter que parmi les fumeurs de cannabis, 0 venait pour un problème de diabétologie ou endocrinologie (contre 4 non-fumeurs) ; 0 accompagnait un enfant malade (contre 5 non-fumeurs) ; 0 consultait pour un problème urologique (contre 4 non-fumeurs). De même on peut noter que l'addictologie n'était le motif de consultation que de 2 fumeurs de cannabis (4.3% des fumeurs) contre 9 non-fumeurs (4.8% des non-fumeurs) et que la psychiatrie n'était le motif de consultation que de 2 fumeurs de cannabis (4.3%) contre 5 non-fumeurs (2.7%).

Tableau 5 : Consommation de cannabis et motifs de consultation

Motifs de consultation	Non consommateurs de cannabis		Fumeurs actuels de cannabis		Total	
	n	%	n	%	n	%
Consultation de prévention, bilan systématique, administratif	66	35,1	17	37,0	83	35,5
Rhumatologie/Traumatologie	28	14,9	5	10,9	33	14,1
Dermatologie	6	3,2	3	6,5	9	3,8
ORL/Pneumologie	22	11,7	4	8,7	26	11,1
Digestif	4	2,1	2	4,3	6	2,6
Gynécologie	14	7,4	6	13,0	20	8,5
Psychiatrie	5	2,7	2	4,3	7	3,0
Cardiologie	7	3,7	1	2,2	8	3,4
Addictologie	9	4,8	2	4,3	11	4,7
Diabétologie-Endocrinologie	4	2,1	0	0	4	1,7
Pédiatrie	5	2,7	0	0	5	2,1
Urologie	4	2,1	0	0	4	1,7
Autres	14	7,4	4	8,7	18	7,7

Il était également demandé aux patients de noter s'ils avaient des problèmes de santé particuliers. Au vu des réponses, nous avons créé a posteriori 16 grandes catégories d'antécédents : neurologiques, rhumatologiques/traumatologiques, dermatologiques, ORL-pneumologie-allergies, digestifs, gynécologiques, psychiatriques, cardiologiques, addictologiques, cancers, endocrinologie-diabétologie-nutrition, VIH-hépatites virales, urologie, circulation veineuse, plusieurs de ces pathologies associées, autres.

La répartition de ces antécédents déclarés en fonction de l'usage actuel de cannabis était significativement différente : $\chi^2 (15ddl)=26.8, p=.030$.

A la lecture du tableau suivant, il semble notamment que les fumeurs de cannabis déclarent plus fréquemment les antécédents suivants : addictologiques, VIH-hépatites virales et cancer ; en revanche, il déclarent a peu près autant d'antécédents psychiatriques, et moins souvent des antécédents ORL-pneumologiques-allergiques, cardiologiques et des polypathologies.

Tableau 6 : Consommation de cannabis et antécédents

Antécédents	Non consommateurs de cannabis		Fumeurs actuels de cannabis		Total	
	n	%	n	%	n	%
Neurologie	7	5,3	1	3,4	8	5,0
Rhumatologie/Traumatologie	12	9,1	2	6,9	14	8,7
Dermatologie	1	0,8	1	3,4	2	1,2
ORL/Pneumologie	14	10,6	1	3,4	15	9,3
Digestif	6	4,5	1	3,4	7	4,3
Gynécologie	2	1,5	1	3,4	3	1,9
Psychiatrie	11	8,3	3	10,3	14	8,7
Cardiologie	8	6,1	0	0	8	5,0
Addictologie	5	3,8	3	10,3	8	5,0
Cancérologie	3	2,3	2	10,3	5	3,7
Diabétologie-Endocrinologie	5	3,8	1	3,4	6	3,7
VIH VHC	0	0	2	6,9	2	1,2
Urologie	2	1,5	0	0	2	1,2
Circulation veineuse	0	0	1	3,4	1	0,6
Polypathologie	53	40,2	9	31,0	62	38,5
Autres	3	2,3	0	0	3	1,9

Pour préciser ces premiers résultats, nous avons créé des variables dichotomiques (oui/non) avec les antécédents suivants: psychiatriques, addictologiques, VIH-hépatites virales, cancer, ORL-pneumologiques-allergiques, cardiologiques, de sorte que les polypathologies puissent être mieux décrites. Nous avons également enrichi les variables antécédents psychiatriques et antécédents addictologiques en comptant « oui » pour des patients qui ne les déclaraient pas mais déclaraient prendre un traitement médicamenteux en rapport. Nous avons recherché une association entre ces variables et le fait de se déclarer fumeur de cannabis. Il en résulte que l'association avec les antécédents de cancer disparaît, probablement parce que des antécédents de cancer chez les non-fumeurs étaient cotés en polypathologie.

Il reste néanmoins que dans notre population de médecine de ville, le fait de se déclarer fumeur de cannabis est statistiquement associé au fait de déclarer :

- Etre infecté par le VIH ou l'hépatite C : 5 cas soit 10.2% des fumeurs vs 2 cas soit 1.1% des non-fumeurs, χ^2 (1ddl)=11.4, $p=.005$
- Etre traité pour une addiction : 10 cas soit 20.4% des fumeurs vs 9 cas soit 4.8% des non-fumeurs ; χ^2 (1ddl)=12.9, $p=.001$
- Etre traité pour un trouble psychiatrique : 15 cas soit 29.4% vs 31 cas soit 16.23% ; χ^2 (1ddl)= 4.45, $p=.035$.

Nous ne retrouvons pas d'association significative entre le fait de se déclarer fumeur de cannabis et :

- Déclarer un antécédent de cancer : 2 patients (4.1% des fumeurs) vs 6 (3.2% des non-fumeurs)

Mais on peut noter que les 2 usagers de cannabis déclarant un antécédent de cancer ont 29 et 48 ans alors que les 6 patients non-fumeurs de cannabis déclarant un antécédent de cancer ont 59 ans en moyenne [44-74].

- Déclarer un antécédent ORL-pulmonaire-allergique : 3 patients (6.1%) vs 26 patients (13.8% des non-fumeurs), χ^2 (1ddl)=2.1, $p=.109$.

En revanche nous retrouvons une association négative, statistiquement significative entre le fait de se déclarer fumeur de cannabis et le fait d'être traité pour une pathologie ou un facteur de risque cardio-vasculaire (notamment HTA, dyslipidémie, diabète) : 1 patient (2%) vs 35 (18.9%), χ^2 (1ddl)=8.4, $p=.004$. Il est à noter que la moyenne d'âge

du groupe de patients traités pour un problème cardiologique ou de facteur de risque cardio vasculaire (54 ± 12 [25-72]) est de 10 ans supérieure à la moyenne d'âge de l'ensemble de l'échantillon.

On peut également noter que globalement, les patients actuellement consommateurs de cannabis ne reçoivent pas significativement plus de traitement médicamenteux que les non consommateurs :

- 26 parmi 53 (49%) reçoivent un traitement médicamenteux contre 97/ 188 non-fumeurs soit 51.6% ; χ^2 (1ddl)= 0.1 ; $p=.432$.

3.3 LE TROUBLE LIE A L'USAGE DE CANNABIS

Si l'on reprend les données précédemment énumérées, 54 sujets de la population étudiée (21% de l'ensemble) sont usagers de cannabis ; dont 18 (34% des fumeurs) se définissent comme dépendants; 5 sujets (9% des fumeurs) fument dès le réveil.

45 sujets ont rempli la CUDIT soit 87.3% des patients se déclarant usagers de cannabis.

Les scores totaux vont de 1 point à 36 points avec une moyenne de 11.2 points $\pm$ 10.2 et une médiane de 7 points.

A l'aide d'un test non paramétrique, celui de Mann-Whitney, j'ai choisi de tester l'association entre la variable « déclare se sentir dépendant au cannabis » et des variables qui m'ont semblé intéressantes :

- l'âge
- l'âge de début du tabagisme
- le nombre de cigarettes fumées par jour
- l'âge de début de la consommation de cannabis
- le nombre de joints fumés par jour et par semaine
- le score total à la CUDIT

Tableau 7 : Etude de quelques variables avec le critère de regroupement « se sent dépendant du cannabis »

SE SENT DEPENDANT DU CANNABIS O/N		N	Moyenne	DS	U de Mann-Whitney	p
Âge	Non	35	33,3	11,1	207	0,042
	Oui	18	40,6	11,2		
	Total	53	35,8	11,6		
Âge début conso° tabac	Non	26	15,4	2,3	184	0,352
	Oui	17	14,5	3,0		
	Total	43	15,0	2,6		
Nbre cigarettes/j	Non	26	11,9	8,2	187	0.395
	Oui	17	9,3	6,8		
	Total	43	10,8	7,7		
Nbre joints/j	Non	31	0,8	1,8	48.5	<0,001
	Oui	18	5,2	3,3		
	Total	49	2,4	3,2		
Nbre joints/sem	Non	31	5,3	12,5	23	<0,001
	Oui	17	36,0	25,3		
	Total	48	16,1	23,2		
Âge de début de la conso° cannabis	Non	34	17,2	4,1	285	0,683
	Oui	18	17,5	3,7		
	Total	52	17,3	3,9		
Score total CUDIT	Non	30	5,8	4,4	18	<0,001
	Oui	15	23,4	8,3		
	Total	45	11,6	10,2		

Le sentiment d'être dépendant du cannabis est statistiquement associé à l'âge du consommateur (ceux qui se sentent dépendants sont plus âgés), au nombre de joints fumés par jour et par semaine (ceux qui se sentent dépendants déclarent fumer plus) et au score total de la CUDIT (ceux qui se sentent dépendants ont des scores statistiquement plus élevés).

Par ailleurs, il n'est pas associé de façon significative à l'âge de début de consommation ni du tabac ni du cannabis, ni au nombre de cigarettes fumées par jour.

J'ai ensuite étudié les sensibilités et les spécificités de différents scores de CUDIT comme test de dépistage de la dépendance au cannabis, en considérant comme « vrais malades » les patients qui se déclaraient dépendants du cannabis. Sachant que le score seuil validé

pour le dépistage est de 8 points, j'ai calculé les sensibilité, spécificité, valeurs prédictives positive et négative des seuils : 6, 7, 8, 9, et 10 points.

Dans l'échantillon des fumeurs ayant rempli la CUDIT (N= 45), les résultats étaient calculés à partir du tableau suivant.

Tableau 8 : Score total de CUDIT et variable « Se sent dépendant du cannabis »

		Score total CUDIT																								Total
		1	2	3	4	5	6	7	9	10	12	13	14	15	16	21	25	26	27	28	30	32	36			
Ne se sent pas dépendant	N	6	2	2	5	3	3	1	1	1	3	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	30		
Se sent dépendant	N	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	1	0	0	1	2	1	1	1	2	2	1	1	15		
Total	N	6	2	2	5	3	3	1	3	1	3	1	2	1	1	2	1	1	1	2	2	1	1	45		

Tableau 9: Sensibilité et spécificité de différents seuils de score total de CUDIT pour détecter les patients déclarant se sentir dépendant du cannabis.

SCORE CUDIT	Sensibilité %	Spécificité %	VPP	VPN
6	100	60	55.5	100
7	100	70	62.5%	100
8,0	100	73.3	65.2	100
9	100	73.3	65.2	100
10	86.6	73	65	90.4

4 DISCUSSION

4.1 RESULTATS PRINCIPAUX

Il s'agit de la première étude de prévalence du trouble lié à l'usage du cannabis en médecine générale en France. Dans la population étudiée des 261 sujets qui ont consulté un des généralistes du cabinet de la rue de Charonne, 54 sujets (21% de l'ensemble) sont usagers de cannabis. Parmi eux, 18 (34% des fumeurs) se définissent comme dépendants soit un tiers. Cela correspond à 7% de mon échantillon total. 5 sujets (9% des fumeurs) fument dès le réveil.

4.2 COMPARAISON AUX DONNEES DE LA LITTERATURE

En 2014, une étude américaine menée par Gryczynski dans trois centres de santé à Baltimore a évalué la consommation de cannabis chez 525 adolescents âgés de 12 à 17 ans. Il en ressort que 21% ont déclaré un usage de cannabis dans l'année précédente et 11% avait un trouble lié à l'usage de cannabis.

Toujours en 2014, une étude de Bohnert a évalué la consommation de 1664 adolescents âgés de 12 à 18 ans qui consultaient en soins primaires dans deux villes du Midwest. 26,1% d'entre eux avaient consommé du cannabis dans les trois derniers mois.

En 2013, une étude de Walton, dans le Midwest a estimé que sur 1416 jeunes de 12 à 18 ans consultant en soins primaires, 328 soit 23% avaient consommé du cannabis dans l'année précédente.

En 2008, Low a mené une étude qui recrutait 632 sujets de 13 à 19 ans consultant en soins primaires dans 2 centres (Sacramento et Ohio). 5,7% d'entre eux présentaient un trouble lié à l'usage de cannabis.

En France, une étude est en cours depuis deux ans, CANABIC, initiée à partir du constat selon lequel les médecins traitants n'osent pas aborder le problème du cannabis avec les jeunes. Selon une étude publiée dans la revue *d'Epidémiologie et de Santé publique* en 2011, seuls 8% des généralistes aborderaient le sujet du cannabis lors des consultations. Ils évoquent la gêne ou la peur d'être trop moralisateurs ou trop intrusifs. Cela fait écho directement à mon expérience personnelle ; mes praticiens ne voulant pas que je pose frontalement la question du cannabis (« Trop intime », « Ce n'est pas l'éthique du cabinet »...).

Toujours concernant l'étude CANABIC, 150 généralistes d'Auvergne, du Languedoc-Roussillon et de Rhône-Alpes ont reçu près de 750 patients âgés de 15 à 25 ans entre 2012 et 2014. Après randomisation, la moitié des généralistes étaient invités à ne pas changer leurs habitudes, et l'autre moitié devait mettre en place un entretien systématique et bref sur la consommation de cannabis type entretien motivationnel. Le critère de jugement principal est le nombre de joints fumés chaque mois pendant une année. Les instigateurs de l'étude espèrent observer une baisse de 30% de la consommation. Les résultats ne sont pas encore parus (étude CANABIC, Laporte et al, 2014, article paru dans le quotidien du médecin).

En population générale française, les enquêtes épidémiologiques, comme le baromètre santé (2010), trouvent 8% de fumeurs, mais il est normal de trouver plus de fumeurs en population clinique car l'usage régulier est associé à des problèmes de santé somatique et psychiatrique dans la littérature.

Dans notre population non sélectionnée de patients d'un cabinet de médecine générale parisien, nous retrouvons des caractéristiques particulières au groupe des fumeurs actuels de cannabis :

- ils étaient significativement plus jeunes : 36 ± 11.8 [18-65] versus 46 ± 14.5 ans [18-79], ANOVA 1 facteur F (1ddl)= 20, $p < .001$
- ils étaient aussi significativement plus fréquemment étudiants ou sans emploi (étudiant 13.7% vs 7% ; sans emploi 17.6% vs 4.1%) ; χ^2 (5ddl)=19, $p = .001$
- ils étaient moins fréquemment bénéficiaires d'une mutuelle (Sécurité Sociale seule 70.6% vs 35.7% ; Mutuelle : 25.5% vs 61 %; χ^2 (2ddl)=20, $p < .001$)
- comme le reste des personnes consultant au cabinet et ayant répondu au questionnaire, ce sont en majorité des femmes : 60.4% vs 70.3%, χ^2 (1ddl)=1.9, $p = .186$.

Ces résultats sont comparables à ce que montrent les études épidémiologiques françaises :

- L'usage régulier décroît après 25 ans.

Baromètre santé 2010 : 22,8% d'usage dans l'année chez les 18-25 ans ; 13,8% chez les 26-34 ans ; 5,1% chez les 35-44 ans...

- L'usage régulier est plus fréquent chez les étudiants.

Données ESCAPAD : les usages apparaissent particulièrement faibles parmi les inactifs, catégorie composée majoritairement de retraités, tandis que c'est parmi les élèves et les étudiants qu'ils se trouvent les plus répandus. Les niveaux de consommation des chômeurs s'avèrent relativement proches de ceux des élèves et des étudiants pour l'expérimentation, mais nettement moins élevés pour les usages fréquents.

- L'usage régulier est plus fréquent dans les milieux socio-économiques défavorables.

Données ESCAPAD : la proportion d'usagers réguliers parmi les possesseurs d'un diplôme de l'enseignement supérieur est de plus de 30 % inférieure à celle mesurée parmi ceux qui se sont arrêtés avant le bac. Un meilleur niveau d'instruction autoriserait l'expérimentation et ne freinerait pas l'usage actuel mais « protégerait » du basculement vers une consommation régulière et vers un usage problématique.

Par contre ces données sont contraires aux résultats des études françaises en ce qui concerne la prédominance masculine dans l'usage régulier de cannabis.

Données ESCAPAD : comme pour les autres drogues illicites, les hommes sont proportionnellement nettement plus souvent consommateurs de cannabis que les femmes, la différence étant d'autant plus importante que l'on observe des niveaux d'usage élevés. Notons toutefois que dans le sous-groupe des sujets qui se déclarent dépendants du cannabis, il y a une majorité d'hommes.

Mais ceci s'explique peut-être par le fait que les femmes ont plus répondu au questionnaire. De fait, notre population était constituée de 32% d'hommes et de 68% de femmes. Et ce, probablement dû au recrutement gynécologique du cabinet.

Dans notre population, l'usage de cannabis était associé à des problèmes de santé spécifiques :

- Etre infecté par le VIH ou l'hépatite C : 5 cas soit 10.2% des fumeurs vs 2 cas soit 1.1% des non-fumeurs, χ^2 (1ddl)=11.4, $p=.005$
- Etre traité pour une addiction : 10 cas soit 20.4% des fumeurs vs 9 cas soit 4.8% des non-fumeurs ; χ^2 (1ddl)=12.9, $p=.001$
- Etre traité pour un trouble psychiatrique : 15 cas soit 29.4% vs 31 cas soit 16.23% ; χ^2 (1ddl)= 4.45, $p=.035$.

- En revanche nous retrouvons une association négative, statistiquement significative entre le fait de se déclarer fumeur de cannabis et le fait d'être traité pour une pathologie ou un facteur de risque cardio-vasculaire (notamment HTA, dyslipidémie, diabète) : 1 patient (2%) vs 35 (18.9%), χ^2 (1ddl)=8.4, $p=.004$. Il est à noter que la moyenne d'âge du groupe de patients traités pour un problème cardiologique ou de facteur de risque cardio vasculaire (54 ± 12 [25-72]) est de 10 ans supérieure à la moyenne d'âge de l'ensemble de l'échantillon.

Du fait de la taille de l'échantillon, nous n'avons pas la puissance statistique pour détecter une association entre l'usage de cannabis et le fait d'être atteint d'un cancer mais nous nous interrogeons sur les 2 sujets fumeurs ayant un antécédent de cancer (âge moyen 38.5 ans) à comparer aux 6 sujets non consommateurs ayant un antécédent de cancer (âge moyen 59 ans).

Bien que les données soient encore limitées, différentes études ont suggéré que le cannabis fumé peut être un facteur de risque pour le cancer du poumon.

Une étude parue en 2008 montre que la consommation de cannabis multiplie par 5,7 le risque de cancer du poumon chez les forts utilisateurs (plus de 10 joints/année, soit un joint par jour pendant 10 ans) par rapport à des personnes qui n'en ont pas usage. L'étude ne trouve pas d'augmentation du risque chez les faibles consommateurs (Aldington et al, 2008).

Dans notre population, les patients se déclarant dépendants du cannabis recevaient statistiquement plus souvent un traitement médicamenteux que les consommateurs ne se déclarant pas dépendants.

Dans le sous-groupe des consommateurs, le score de 8 à l'échelle de CUDIT présentait un bon compromis entre une grande sensibilité (100%), utile pour un dépistage systématique et une spécificité satisfaisante à 73%.

Si la simple question : « Consommez-vous du cannabis régulièrement ? » est probablement suffisante pour faire du dépistage en cabinet de médecine générale, l'avantage de la CUDIT est d'ouvrir la discussion sur les soins avec des questions sur la perte de contrôle, les conséquences négatives de la consommation ou l'inquiétude des proches.

On peut noter d'ailleurs que dans le sous-groupe de consommateurs de cannabis qui se déclare dépendant il existe une plus forte attente d'une aide de la part du médecin

généraliste : ils souhaitent plus fréquemment arrêter ; ils en ont plus fréquemment parlé avec le médecin généraliste ; ils prendraient davantage un traitement médicamenteux d'aide à l'arrêt si on le leur proposait.

4.3 LIMITES

Il s'agit ici de la photographie d'un cabinet de médecine générale précis et nous ne pouvons pas nous prévaloir d'un échantillon représentatif de toute la population consultant en soin primaire en France. Le fait que deux des cinq praticiens aient un recrutement « addictologique » augmente peut-être un peu artificiellement le nombre de consommateurs de cannabis mais rendent dans le même temps des données plus valides à analyser. L'impact de ce biais de recrutement ne peut être mesuré qu'en répétant cette mesure dans d'autres cabinets.

De plus, si mon étude avait été multicentrique, le nombre de sujets inclus aurait été plus important et donc la puissance également.

Enfin, l'utilisation d'auto-questionnaires limite la fiabilité du recueil d'information. Par ailleurs, il n'y a pas eu de screening systématique des patients qui consultaient. Peut-être qu'il y a eu un petit biais de sélection de par le fait que des patients ne se sentaient pas concernés par la problématique « consommation de cannabis ».

Les français répondent plutôt moins aux enquêtes épidémiologiques que le reste des européens. C'était notamment le cas dans une enquête sur la prévalence des troubles psychiatriques et des troubles liés aux substances réalisée dans les années 2000 au domicile d'environ 3000 sujets français sélectionnés à partir de leur lieu de résidence pour être représentatifs de la population générale française. Le taux de participation a été de 46 % pour la France et de 61 % pour l'ensemble des pays. (Lépine et al, 2005).

5 CONCLUSION

L'objectif de notre travail était de réaliser une étude donnant une prévalence des troubles liés à l'usage du cannabis en soins primaires, ce qui est une première en France. Notre étude montre que le trouble lié à l'usage du cannabis est fréquent en médecine générale. Cette consommation, en excluant l'usage récréatif, n'est pas forcément anodine : implication dans les accidents de voiture, association à des troubles

psychiatriques/cognitifs, facteur de désociabilisation, puis dans une moindre mesure, facteur de risque de cancer broncho-pulmonaire et ORL...

Notre étude montre que les fumeurs de cannabis déclarent plus d'antécédents addictologiques, psychiatriques et infectieux type VIH et hépatite C et que ceux qui se déclarent dépendants ont plus de traitements médicamenteux que les autres.

Le médecin traitant a une position privilégiée, il représente le premier recours aux soins et il est un interlocuteur « facile d'accès » pour des jeunes patients en souffrance qui n'oseraient pas forcément s'orienter vers les consultations « jeunes consommateurs » en les jugeant trop stigmatisantes.

L'intérêt de poser la question sur la consommation de cannabis en médecine générale est multiple : dépister une consommation à risque, en faire prendre conscience le patient, amorcer une prise en charge thérapeutique si le patient est d'accord sachant que les psychothérapies marchent, l'orienter vers un spécialiste si besoin...

Notre étude montre que ceux qui se déclarent dépendant souhaitent d'avantage arrêter que les autres consommateurs et qu'ils en ont davantage parlé à leur médecin traitant.

Il est probable qu'en consultation de médecine générale, la simple question « Fumez-vous régulièrement du cannabis ? » serve à dépister et que la question « Vous sentez-vous dépendant ? » suffise au diagnostic de trouble lié à l'usage du cannabis. Mais la CUDIT peut servir dans les interventions motivationnelles à évaluer le retentissement socio-professionnel et à orienter les patients vers des consultations spécialisées (« Avec votre score il faut voir un spécialiste" ...).

Osons donc, nous autres, généralistes, interroger nos patients concernant leur(s) consommation(s) de substance(s).

6 BIBLIOGRAPHIE

6.1 ARTICLES DE PERIODIQUES

- 1) 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.* 2003 Sep; 22:309-15
- 2) Adamson Simon J, Frances J. Kay-Lambkin, Amanda L. Baker, Terry J. Lewin, Louise Thornton, Brian J. Kelly, J. Douglas Sellman. An improved brief measure of cannabis misuse: The Cannabis Use Disorders Identification Test-Revised (CUDIT-R). *Drug and Alcohol Dependence* 110 (2010) 137–143
- 3) Aldington S, et al. Cannabis use and risk of lung cancer : a case study control, *European Respiratory Journal*, vol.31, n° 2, février 2008
- 4) Annaheim B, Rehm J, Gmel G. How to screen for problematic cannabis use in population surveys: an évaluation of the Cannabis Use Disorders Identification Test (CUDIT) in a Swiss sample of adolescents and young adults. *Eur Addict Res.* 2008; 14:190-7
- 5) Annaheim B, Scotto TJ, Gmel G. Revising the Cannabis Use Disorders Identification Test (CUDIT) by means of Item Response Theory. *Int J Methods Psychiatr Res.* 2010 Sep; 19 :142-55
- 6) Arvers Philippe, Validation clinique d'un outil de repérage de l'abus-dépendance au cannabis : le cannabis abuse screening test (CAST). Université Joseph Fourier Grenoble Année 2007-2008
- 7) Beck François, Stéphane Legleye, Stanislas Spilka. Polyconsommation de substances psychoactives (alcool, tabac et cannabis) dans la population générale française en 2005. *Presse Med.* 2008; 37: 207–215
- 8) Beck François, R. Guignard, I. Obradovic, A. Gautier, L. Karila. Increasing trends in screening for addictive behaviors among general practitioners in France. *Epidémiologie et santé publique.* 2011.03.059
- 9) Bohnert KM, Walton MA, Resko S, Barry KT, Chermack ST, Zucker RA, Zimmerman MA, Booth BM, Blow FC. Latent class analysis of substance use among adolescents

presenting to urban primary care clinics. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2014 Jan;40:44-50 Epub 2013 Nov 12.

10) Buckner Julia, Richard G. Heimberg^b, Franklin R. Schneier^c, Shang-Min Li^c, Shuai Wang^c, and Carlos Blanco^c The Relationship between Cannabis Use Disorders and Social Anxiety Disorder in the National Epidemiological Study of Alcohol and Related Conditions (NESARC) *Drug Alcohol Depend*. 2012 July

11) Copeland J, Swift W. Cannabis use disorder: epidemiology and management. *Int Rev Psychiatry* 2009; 21:96-103

12) Copeland J, Sally Rooke, and Wendy Swift Changes in cannabis use among young people: impact on mental health www.co-psychiatry.com juillet 2013

13) Costes J.M., Risques, conséquences et effets liés aux usages de cannabis, Cannabis, données essentielles, Saint-Denis, OFDT, 2007, pp. 87-109.

14) Danovitch I, Gorelick DA. State of the art treatments for cannabis dependence. *Psychiatr Clin North Am*. 2012 Jun;35:309-26 Epub 2012 Apr 10.

15) Gryczynski J, Kelly SM, Mitchell SG, Kirk A, O'Grady KE, Schwartz RP. Validation and performance of the Alcohol, Smoking, and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) among adolescent primary care patients. *Addiction*. 2014 Oct 14

16) Guillem Eric, A. Pelissolo, F. Vorspan, S. Bouchez-Arbabzadeh, J.-P. Lépine. Sociodemographic profiles, addictive and mental comorbidity in cannabis users in an outpatient specific setting. *L'Encéphale* (2009) 35, 226—233

17) Guillem Eric, Christine Notides, Marcel Debray, Florence Vorspan, Catherine Musa, Mayliss Leroux, Isabel Nieto, and Jean-Pierre Lépine. Psychometric Properties of the Cannabis Use Disorders Identification Test in French Cannabis Misusers. *Journal of Addictions Nursing*, 22:1–8, 2011

18) Guillem Eric, S. Arbabzadeh Bouchez, F. Vorspan, F. Bellivier. Comorbidités chez 207 usagers de cannabis en consultation jeunes consommateurs. *L'Encéphale* (2014)

19) Haller DM, Meynard A, Lefebvre D, Tylee A, Narring F, Broers B. Brief intervention addressing excessive cannabis use in young people consulting their GP: a pilot study. *Br J Gen Pract*. 2009 Mar;59(560):166-72

- 20) Karila Laurent, Aymeric Petit, Rim Zarmdini, Sarah Coscas, William Lowenstein, Michel Reynaud. Consommation de tabac et trouble lié à l'usage de substances illicites : que devrions-nous faire ? Presse Med. 2013; 42: 795–805
- 21) Laporte C. et al. CANABIC: CANnabis and Adolescents: effect of a Brief Intervention on their Consumption--study protocol for a randomized controlled trial. PubMed, janv. 2014
- 22) Lépine JP, Gasquet I, Kovess V, Arbabzadeh-Bouchez S, Nègre-Pagès L, Nachbaur G, Gaudin AF. Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française : résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000 Encéphale. 2005 Mar-Apr; 31:182-94
- 23) Lopez-Quintero C, Hasin DS, De Los Cobos JP, Pines A, Wang S, Grant BF et al. Probability and predictors of remission from lifetime nicotine, alcohol, cannabis or cocaine dependence: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Addiction 2011; 106:657-9
- 24) Low NC, Lee SS, Johnson JG, Williams JB, Harris ES. The association between anxiety and alcohol versus cannabis abuse disorders among adolescents in primary care settings. Fam Pract. 2008 Oct;25:321-7 Epub 2008 Aug 27
- 25) Lubman DI, Baker A. Cannabis and mental health - management in primary care. Aust Fam Physician. 2010 Aug; 39:554-7
- 26) Meier MH, Avshalom Caspi, Antony Ambler, Hona Lee Harrington, Renate Houts, Richard S. E. Keefe, Kay McDonald, Aimee Ward, Richie Poulton, and Terrie E. Moffitt. Persistent cannabis users show neuropsychological decline from childhood to midlife. PNAS Published online August 27, 2012 E2657–E2664
- 27) Mittleman et al, Triggering Myocardial Infarction by Marijuana, Circulation, 2001
- 28) Norberg MM, Gates P, Dillon P, Kavanagh DJ, Manocha R, Copeland J. Screening and managing cannabis use: comparing GP's and nurses' knowledge, beliefs, and behavior. Subst Abuse Treat Prev Policy. 2012 Jul 24; 7:31
- 29) Piontek D, Kraus L, Klempova D. Short scales to assess cannabis-related problems: a review of psychometric properties. Subst Abuse Treat Prev Policy. 2008 Dec 2; 3:25

- 30) Rigter Henk, Craig E. Henderson, Isidore Pelc, Peter Tossmanne, Olivier Phan, Vincent Hendriks, Michael Schaub, Cindy L. Rowe. Multidimensional family therapy lowers the rate of cannabis dependence in adolescents: A randomised controlled trial in Western European outpatient settings. *Drug and Alcohol Dependence* 130 (2013) 85–93
- 31) SAM et al., Stupéfiants et accidents mortels de la circulation routière (projet SAM). Synthèse des principaux résultats, 2005
- 32) Toussaint B, Effets indésirables du cannabis, *Revue Prescrire*, Vol.30, n°321, 2010, pp. 515-522
- 33) Turner SD, Spithoff S, Kahan M Approach to cannabis use disorder in primary care: Focus on youth and other high-risk users. *Can Fam Physician*. 2014 Sep; 60:801-808
- 34) Walton MA, Bohnert K, Resko S, Barry KL, Chermack ST, Zucker RA, Zimmerman MA Booth BM, Blow FC. Computer and therapist based brief interventions among cannabis-using adolescents presenting to primary care: one year outcomes. *Drug Alcohol Depend*. 2013 Oct 1; 132:646-53 Epub 2013 May 25
- 35) Walton MA, Resko S, Barry KL, Chermack ST, Zucker RA, Zimmerman MA, Booth BM, Blow FC. A randomized controlled trial testing the efficacy of a brief cannabis universal prevention program among adolescents in primary care. *Addiction*. 2014 May; 109:786-97 Epub 2014 Feb 12
- 36) Winstock AR, Ford C, Witton J. Assessment and management of cannabis use disorders in primary care. *BMJ*. 2010 Apr 1; 340:c1571
- 37) Zammit and al. Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review. *The Lancet* juillet 2007
- 38) Zhang Z-F, et al. Marijuana use and increased risk of squamous cell carcinoma of the head and neck, *Cancer Epidemiology, Biomarkers and prevention*, vol. 8, n° 12, 1999

6.2 OUVRAGES, CHAPITRES D'UN OUVRAGE COLLECTIF

- 1) Abrégés d'Addictologie Michel Lejoyeux. Editions MASSON 2009
- 2) Conduites addictives chez les adolescents, principaux constats et recommandations. Expertise collective. INSERM 2013
- 3) Drogues et civilisations, une alliance ancestrale. De la guerre à la pacification. Michel Rosenzweig. Editions DE BOECK 2008
- 4) OFDT Drogues et addictions, données essentielles. Saint Denis OFDT 2013, 399 pages.

ANNEXE

Date :

Sexe : Femme / Homme

Age :

Activité professionnelle :

Protection sociale ? (entourer) : Sécurité sociale – Mutuelle – CMU - AME

Motif principal de consultation ce jour :

Quels sont vos problèmes de santé en général ?

Prenez vous des médicaments régulièrement ? Si oui, lesquels ?

Tabac : Fumez-vous actuellement ? oui / non

Age de début :

Nbre cigarettes/j :

Avez-vous déjà utilisé la cigarette électronique? Oui / non nbre de flacons /sem
concentration

Avez-vous l'impression d'être dépendant : oui / non

Fumez-vous dans les 5 min après le réveil ? oui / non

Souhaitez vous arrêter : Maintenant Plus tard (< 6 mois) Vous ne souhaitez pas
arrêter

Avez-vous eu l'occasion de parler de votre consommation de tabac avec votre généraliste ? oui /
non

Vous a-t-on déjà prescrit des substituts nicotiniques (nicopatch...) ? oui / non si oui,
lesquels ?

Cannabis : Fumez vous actuellement (au moins dans les 6 derniers mois)?
Oui / non

Si vous répondez OUI, merci de remplir la CUDIT, en dernière page.

Nbre joints/j :

ou joints/sem :

Age de début :

Avez-vous l'impression d'être dépendant : oui / non

Fumez-vous dans les 5 min après le réveil ? oui / non

Souhaitez-vous arrêter : Maintenant Plus tard (< 6 mois) Vous ne
souhaitez pas arrêter

Avez-vous eu l'occasion de parler de votre consommation de cannabis avec votre généraliste ?
oui / non

S'il existait un traitement médicamenteux facilitant le sevrage cannabis, le prendriez-vous ?
oui/non

Alcool : Consommez-vous actuellement ? oui / non

Nbre de verres/occasion :

Nbre de jours de consommation par semaine :

Avez-vous l'impression d'être dépendant : oui / non

Souhaitez-vous arrêter : Maintenant Plus tard (< 6 mois) Vous ne
souhaitez pas arrêter

Avez-vous eu l'occasion de parler de votre consommation d'alcool avec votre généraliste ? oui /
non

Pensez-vous qu'il existe un traitement médicamenteux facilitant la réduction/ l'arrêt de l'alcool ?
oui / non

Le prendriez-vous ? oui / non

N'oubliez pas de remplir la CUDIT (ci-jointe) si jamais vous avez consommé du cannabis dans les
6 derniers mois.

Test d'identification des troubles liés à la consommation du cannabis (CUDIT-F)

AUTOEVALUATION

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

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

Merci de cocher la case qui décrit le mieux votre consommation du cannabis *pendant les 6 derniers mois*.

1. A quelle fréquence consommez-vous du cannabis ?
Jamais 1 fois par mois ou moins 2-4 fois par mois 2-3 fois par semaine 4 fois ou plus par semaine
2. Les jours où vous avez consommé du cannabis, vous étiez 'défoncé(e)' pendant combien d'heures (pour une journée type) ?
1 ou 2 3 ou 4 5 ou 6 7 ou 9 10 ou plus
3. Combien de fois avez-vous été sous l'influence du cannabis ('défoncé(e)') pendant 6 heures ou plus ?
Jamais Moins d'une fois par mois Une fois par mois Une fois par semaine Tous les jours ou presque
4. Combien de fois pendant les 6 derniers mois vous est-il arrivé de ne plus pouvoir vous arrêter de consommer, une fois que vous avez commencé ?
Jamais Moins d'une fois par mois Une fois par mois Une fois par semaine Tous les jours ou presque
5. Combien de fois pendant les 6 derniers mois n'avez-vous pas fait ce que l'on attendait de vous parce que vous aviez consommé du cannabis ?
Jamais Moins d'une fois par mois Une fois par mois Une fois par semaine Tous les jours ou presque
6. Combien de fois pendant les 6 derniers mois avez-vous éprouvé le besoin de consommer du cannabis le matin, afin de pouvoir vous 'mettre en route' après un usage important de cannabis la veille ?
Jamais Moins d'une fois par mois Une fois par mois Une fois par semaine Tous les jours ou presque
7. Combien de fois pendant les six derniers mois vous êtes-vous senti(e) coupable ou avez-vous eu des regrets après avoir consommé du cannabis ?
Jamais Moins d'une fois par mois Une fois par mois Une fois par semaine Tous les jours ou presque
8. Combien de fois pendant les six derniers mois avez-vous eu des troubles de la mémoire ou avez-vous eu du mal à vous concentrer après avoir consommé du cannabis ?
Jamais Moins d'une fois par mois Une fois par mois Une fois par semaine Tous les jours ou presque
9. Vous êtes-vous fait mal ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez consommé du cannabis dans les six derniers mois ?
Oui Non
10. Une personne telle qu'un parent, un(e) ami(e), un médecin ou un autre professionnel de la santé s'est-elle inquiétée de votre usage du cannabis ou vous a-t-elle conseillé de diminuer votre consommation de cannabis ?
Oui No

RESUME

Seuls 8% des généralistes aborderaient le sujet du cannabis lors des consultations. Or, sa consommation n'est pas anodine si l'on exclut celle récréative occasionnelle. 1,2 millions de français parmi les 11-64 ans étaient consommateurs réguliers en 2011 (au moins dix consommations par mois) avec presque 50% des 18-25 ans l'ayant expérimenté. L'objectif de notre travail était de disposer d'une étude donnant une prévalence des troubles liés à l'usage du cannabis en soins primaires, ce qui est une première en France. Nous avons distribué des questionnaires anonymes à tous les patients de 18 à 65 ans, consultant un cabinet de médecine générale du 11ème arrondissement pendant l'été 2014. Nous avons obtenus 261 réponses. Dans notre échantillon, 54 sujets avaient fumé du cannabis dans les 6 derniers mois (soit 21% d'usage), parmi lesquels 18 (34%) se sentaient dépendant et 5 (9%) fumaient dès le réveil. Les consommateurs de cannabis étaient statistiquement plus jeunes (36 versus 46 ans, ANOVA 1 facteur $F(1,ddl)=20$, $p<.001$), plus étudiants (13.7% vs 7%)/sans emploi (17.6% vs 4.1%) $\chi^2(5ddl)=19$, $p=.001$, et avaient moins fréquemment une mutuelle que les autres (Sécurité Sociale seule 70.6% vs 35.7% ; Mutuelle : 25.5% vs 61 %; $\chi^2(2ddl)=20$, $p<.001$). Ils avaient plus de comorbidités addictologiques (20.4% versus 4.8%, $\chi^2(1ddl)=12.9$, $p=.001$), psychiatriques, (29.4% versus 16.23% ; $\chi^2(1ddl)=4.45$, $p=.035$), et infectieuses (VIH et hépatite C) (10.2% versus 1.1%, $\chi^2(1ddl)=11.4$, $p=.005$) que le reste de l'échantillon. Parmi ceux qui se déclaraient dépendants, ils souhaitaient arrêter de consommer plus que les autres et ils en avaient d'avantage parlé à leur médecin traitant. Parmi ces derniers, on retrouve une majorité d'hommes, prenant plus de médicaments que les autres consommateurs. Ces données concordent avec les études épidémiologiques françaises en population générale mais retrouvent un taux d'usage beaucoup plus important, ce qui est normal car notre population clinique de soins primaires concentre des problèmes somatiques et psychiatriques. Le généraliste doit donc poser la question du cannabis car cette problématique est fréquente et son dépistage a un intérêt.

Mots clés : Prévalence/dépendance/cannabis/soins primaires

Key words : Prevalence/substance use disorder/marijuana/primary case