

Usages du cannabis : repérage et évaluation des facteurs de gravité

L'usage du cannabis a évolué vers une consommation devenue massive et des produits plus fortement dosés. Le repérage de l'usage nocif doit donc être systématique, surtout chez les jeunes, sans négliger les enjeux sociaux et familiaux qu'il peut soulever. Des questionnaires peuvent aider le praticien qui doit aussi être attentif à certains signaux d'alerte (usage précoce, solitaire ou matinal, finalité « auto-thérapeutique », troubles psychiques associés).

Jean-Michel Delile*

La très nette augmentation des consommations de cannabis ces 10 dernières années en France et en Europe¹ a entraîné un développement notable de leurs conséquences négatives au point de vue de la santé publique, tout particulièrement chez les jeunes. De nos jours, à 18 ans, 20 % des garçons et 7 % des filles ont un usage régulier de cannabis (au moins 10 fois dans le mois). En croisant cette indication de fréquence avec des variables sur le contexte d'usage (usage régulier et présence de facteurs de gravité tels qu'une consommation fréquente avant midi ou seul), l'Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT) observe que 9 % des jeunes de 18 ans, soit 4,4 % des filles et 14 % des garçons, avaient en 2001 un usage de cannabis potentiellement « à problèmes », évoquant un abus ou une dépendance.²

QUESTIONS SOULEVÉES PAR LES STRATÉGIES DE REPÉRAGE

Ces prévalences doivent donc inviter le praticien à prêter une attention toute particulière à la question des usages de cannabis. Dans cette perspective, il importe prioritairement d'identifier les « usages nocifs » (définition de la CIM 10 [Classification internationale des maladies 10] de l'Organisation mondiale de la santé [OMS]) qui sont plus fréquents que les usages avec dépendance, parfois difficiles à distinguer des usages occasionnels banals mais rapidement dommageables pour la santé.^{3,5} Il est donc souhaitable de les rechercher systématiquement et périodiquement et d'en apprécier la gravité. Ce repérage doit être précoce avant qu'une éventuelle addiction ne s'installe. À

* Comité d'étude et d'information sur les drogues (CEID), 24, rue du Parlement Saint-Pierre, 33000 Bordeaux. Courriel : jm.delile@ceid.asso.fr

CANNABIS REPÉRAGE ET ÉVALUATION DES FACTEURS DE GRAVITÉ

cette fin, il doit faire preuve d'une grande vigilance vis-à-vis des populations ayant les risques les plus élevés de complications, les jeunes évidemment qui sont à la fois les plus souvent consommateurs et les plus vulnérables, mais aussi les personnes avec des troubles psychiques, les femmes enceintes, les professions à risques (transport, sûreté/sécurité...). De même, la question de la conduite de véhicules sous l'emprise du cannabis doit être systématiquement abordée avec les usagers.

Moyens

L'essentiel des informations nécessaires au repérage et à l'évaluation de la gravité de la consommation est obtenu par simple interrogatoire, complété le cas échéant d'auto-questionnaires validés. Les examens de laboratoire n'ont guère de place en pratique clinique, mais ils peuvent être utilisés dans des perspectives de santé publique ou de responsabilité pénale (accidents de la circulation, médecine du travail...). Il ne faut en effet jamais perdre de vue que le dépistage d'un usage de drogue illicite et celui d'une maladie quelconque sont deux questions à distinguer tant les enjeux sociaux sont différents. Les usages de cannabis sont des pratiques illicites qui restent largement stigmatisées socialement. Leur repérage peut déboucher sur des contre-réactions sociales, pouvant aller du rejet familial ou scolaire à l'exclusion de certaines professions ou à des sanctions pénales. Les examens biologiques,

dans ce qu'ils ont d'objectivant, doivent donc être utilisés avec une grande prudence et toujours s'inscrire dans le cadre d'un projet de soins librement consenti ou, sinon, dans le plus strict respect des cadres légaux, réglementaires et éthiques, tout particulièrement dans le domaine du droit du travail.

Origine de la demande

Cette question fondamentale renvoie à la tension possible entre les éventuelles attentes du patient et celles de sa famille ou de la société. La notion même de repérage traduit bien la nature externe d'un processus visant à identifier un ou des membres atypiques au sein d'un ensemble. Dans le domaine médical, cette sélection vise à être en mesure de soigner des patients ignorant parfois l'existence de leur trouble; elle peut amener aussi à les mettre à l'écart en cas de maladie contagieuse. Ces processus souvent nécessaires ont parfois dérapé vers des pratiques ségrégatives et ce risque est encore plus important dans le domaine des usages de drogues. À la différence d'un malade qui ignore l'existence ou la nature exacte de sa maladie, l'usager de cannabis ne peut ignorer qu'il est... usager de cannabis, en revanche pour les raisons précédemment évoquées, il n'a pas nécessairement envie que cela se sache, ni donc d'être « repéré » par ses parents, son conjoint, ses professeurs, son employeur ou la police. Or, ce sont bien souvent ces différentes personnes ou instances qui sont précisément demandeuses d'un « repérage » parfois plus dans une approche de contrôle normatif que de soins. Cela peut donc déclencher chez l'usager, surtout s'il est adolescent (*v.* article page 35), des réactions défensives de déni ou, au contraire, de défi qui ne permettent guère d'avancer.

La plus extrême prudence doit donc être de rigueur quand l'usager n'est pas directement à l'origine de la demande ou peu impliqué. Le praticien doit dès lors procéder à une analyse fine et attentive de l'origine et de la nature de la demande, avant de s'engager dans le travail de repérage et d'évaluation proprement dit qu'il doit toujours s'appliquer à resituer dans une logique explicite de soins. En effet, l'usager est bien souvent lui-même dans l'ignorance ou le déni, non pas de son usage mais bien de sa dangerosité, surtout dans le contexte de banalisation ambiante de ces dernières années. L'aider à évaluer son niveau de consommation et sa nocivité est donc un réel enjeu pour permettre une première prise de conscience et soutenir sa motivation au changement.

Place du médecin de famille

Une telle démarche peut être d'autant mieux entendue qu'elle émane d'un professionnel empathique et... non impliqué dans les éventuels différends de la famille quand celle-ci est à l'origine de la consultation, ce qui est bien souvent le cas avec les usagers les plus jeunes. En pratique, le praticien ne peut pas, en effet, en rester à la seule attente

CE QUI EST NOUVEAU

- L'évolution extrêmement sensible des usages de cannabis et de leurs conséquences dommageables sur les plans sanitaire et social nécessite un réajustement rapide des représentations du corps social dans son entier, et tout particulièrement de celles du monde de la santé. Les produits utilisés et leur concentration en THC, les modes de consommation (pipes à eau), les âges de début et les fréquences de consommation ne sont plus en effet ceux des années 1970.
- Ni banalisés ni diabolisés, les usages de cannabis doivent dorénavant être systématiquement recherchés et évalués au même titre que les usages de tabac, d'alcool ou les abus de médicaments psychotropes. Il importe notamment de ne pas limiter les investigations à la seule question de la dépendance, mais bien de les étendre à tout usage nocif.
- Les conséquences néfastes de ces usages se développent et doivent donc être connues des professionnels de santé pour mieux faire face à ces problématiques nouvelles, tout d'abord en les repérant précocement. Des approches thérapeutiques adaptées ont en effet été élaborées qui ouvrent de réelles perspectives de prise en charge en lien avec l'environnement social et familial.

Comment et sur quoi doser le cannabis ?

Les cannabinoïdes, sont les composés à l'origine des effets psychotropes du cannabis. À ce jour, plus d'une soixantaine de cannabinoïdes ont été isolés à partir de la plante. Chez l'homme, le principal produit psychoactif est le δ -9-trans-tétrahydrocannabinol (δ -9-THC). La teneur en δ -9-THC varie selon les variétés de cannabis sélectionnées et les formes d'utilisation de la drogue (herbe, résine ou huile). Chez le fumeur, 15 à 50 % environ du δ -9-THC passent en quelques minutes dans les poumons et la circulation générale. Le δ -9-THC se fixe instantanément dans les tissus riches en lipides, essentiellement le cerveau, où il s'accumule ; par ailleurs, sa concentration décroît rapidement dans le sang. Le δ -9-THC est principalement métabolisé au niveau hépatique. Le métabolite principal excrété dans les urines est l'acide 11-nor- δ -9-tétrahydrocannabinol-carboxylique (δ -9-THC-COOH) dénué d'activité.

DOSAGE URINAIRE

Les urines sont le milieu de choix pour le dépistage d'une consommation de cannabis. Le recueil d'une miction suffit. Les techniques de dépistage reposent sur la recherche de δ -9-THC-COOH présent en grande quantité dans les urines. En pratique, le dépistage est réalisé par des méthodes immuno-chimiques : tests unitaires rapides en une étape ou bien immunodosages automatisés. Le seuil de positivité pour ces méthodes de dépistage a été fixé à 50 ng/mL de δ -9-THC-COOH. Bien que rapides et peu coûteuses, les méthodes immuno-chimiques ont l'inconvénient de manquer de spécificité. De faux positifs ont été signa-

lés avec certains anti-inflammatoires non stéroïdiens, de plus, une mauvaise conservation de l'échantillon entraîne dans la majorité des cas des résultats négatifs. Enfin, une adultération volontaire de l'urine (sels, savons, détergents) conduit à des résultats faussement positifs ou négatifs selon la nature de l'adultérant. Pour ces raisons, il est parfois nécessaire de confirmer le résultat du dépistage urinaire par une méthode indépendante, sensible et spécifique comme la chromatographie en phase gazeuse couplée à la spectrophotométrie de masse (GC-MS).¹ Après consommation de cannabis, la durée de détectabilité du δ -9-THC-COOH dans les urines peut varier de quelques jours, pour un petit consommateur, jusqu'à 2 à 3 mois pour un gros fumeur.

DOSAGE SANGUIN

L'interprétation d'un dépistage positif dans les urines reste cependant délicate puisqu'il ne nous renseigne pas sur le moment de la dernière exposition au cannabis. L'analyse de sang permet d'estimer le degré d'imprégnation d'un sujet et l'intervalle de temps entre le moment du prélèvement et la dernière exposition au cannabis. Pour la recherche et le dosage du cannabis dans le sang on retient la méthode de GC-MS. Il semble raisonnable de dire qu'un individu est sous l'emprise du cannabis à partir du moment où le δ -9-THC est détectable dans le milieu sanguin. L'identification des cannabinoïdes à partir de matrices non conventionnelles, prélevées de façon non invasive, peut apporter des informations complémentaires. La salive et la sueur, dans lesquelles on retrouve majoritairement le

δ -9-THC, sont des milieux utiles pour mettre en évidence une consommation récente de cannabis, à condition que le dosage soit réalisé par GC-MS.

ANALYSE DES CHEVEUX

L'analyse des cheveux met en évidence une consommation chronique de cannabis. Elle est à même de dépister une consommation de cannabis alors que ses principaux métabolites ont disparu du sang et de l'urine. Leur analyse centimètre par centimètre permet d'établir un calendrier de consommation mois après mois.² Dans les cheveux, on retrouve en grande majorité le δ -9-THC (quelques ng/mg de cheveux mesurés par GC-MS). Les résultats doivent être interprétés avec beaucoup de précautions : l'incorporation du cannabis dans les cheveux est variable selon les individus et certains cosmétiques (colorant, décolorant), de même que les shampoings adultérants, par un effet masquant, diminuent la concentration de cannabis dans les cheveux.³

Patrick Pham, Brigitte Debuire
Laboratoire de biochimie et biologie moléculaire,
hôpital universitaire Paul Brousse,
94804 Villejuif Cedex
Courriel : patrick.pham@pbr.ap-hop-paris.fr

1. **Goullé JP, Lacroix C.** L'addiction en milieu professionnel : quelles techniques de confirmation après l'immunoanalyse ? *Ann Toxicol Anal* 2002 ; 14 : 27-32.
2. **Goullé JP, Kintz P.** Le cheveu : un efficace marqueur biologique d'exposition aux xénobiotiques. *Ann Biol Clin* 1997 ; 55 : 435-42.
3. **Dumestre-Toulet V.** Passer à travers les tests de dépistage : substitution, dilution, adultération des urines et des cheveux. *Ann Toxicol Anal* 2002 ; 14 : 43-9.

d'une incertaine, et en tout cas tardive, demande du patient, mais il se doit d'avoir une attitude réellement proactive. Il faut savoir s'appuyer sur un interrogatoire systématique lors des examens standard (trouble intercurrent, certificats d'aptitude...) ou encore sur les demandes ou inquiétudes de l'entourage familial, social ou professionnel, sans se lasser de rappeler que les objectifs de la consultation sont relatifs à des enjeux de santé et non, a priori, de maintien de l'ordre familial ou social... Dans tous les cas, il

faut encourager les attitudes d'aide et de soutien de la part de l'entourage et décourager, au contraire, celles de rejet ou d'exclusion. Il faut se défier par exemple du recours à des examens biologiques (recherche de cannabis dans les urines), bien souvent demandés de bonne foi par des familles désemparées mais qui, loin de permettre d'avancer vers une solution, risquent d'amplifier et de rigidifier encore l'incompréhension réciproque et donc, d'une certaine manière, le problème.

Quels sont les facteurs de risque chez l'adolescent pour la prise de cannabis ?

Au cours des 10 dernières années, la consommation de cannabis a nettement augmenté dans la tranche d'âge des 12-18 ans. Cette augmentation concerne aussi bien l'expérimentation que l'usage régulier (plus de 10 consommations par mois) dont la prévalence a été multipliée par 3, aussi bien chez les filles que les garçons selon les données de l'enquête européenne ESPAD (*European school survey project on alcohol and other drugs*).

L'identification des facteurs de risque liés à la consommation de cannabis est un préalable indispensable pour la prévention, d'autant plus que les effets néfastes d'un usage chronique sont maintenant mieux connus. Par exemple, une proportion significative d'adolescents usagers de cannabis (environ 5,5 %) expérimentent des drogues dures, et plus de 10 % associent l'usage de cannabis à la consommation d'alcool et de tabac. De plus, la consommation de cannabis pourrait être un facteur de vulnérabilité des troubles schizophréniques.^{1,2}

ASPECTS NEUROBIOLOGIQUES

Ces dernières années ont vu des progrès dans le champ de la neurobiologie des addictions. Des particularités du système dopaminergique ont été montrées chez des sujets ayant développé des addictions ou ayant une vulnérabilité familiale. Il semble que les sujets vulnérables aux addictions aient une moindre sensibilité aux renforçateurs naturels, qui serait sous-tendue par un déficit en récepteurs dopaminergiques. Les drogues, qui stimulent puissamment la libération de dopamine, gardent chez ces sujets leur pouvoir renforçateur et gratifiant. Ces éléments montrent que les effets d'une drogue telle que le cannabis mettent en jeu des interactions entre les propriétés de la molécule et les caractéristiques neurobiologiques de l'individu. L'environnement est également un aspect important : les modèles animaux confirment l'impact protecteur des renforçateurs sociaux et le rôle vulnérabilisant des stress chroniques vis-à-vis de l'installation d'une dépendance.

Pour la consommation de cannabis, l'impact des facteurs de risque varie avec le type d'usage : pour un usage simple, un tiers seraient sous la dépendance de facteurs génétiques, les deux autres tiers influencés par l'environnement, alors que pour l'abus et la dépendance, les facteurs génétiques sont estimés à 70 %. La vulnérabilité génétique commune aux addictions pourrait être partagée par des tempéraments à risque tels que la recherche de sensations et la recherche de nouveauté.

FACTEURS SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

L'usage régulier de cannabis est deux fois plus fréquent chez les garçons que les filles en fin d'adolescence. L'environnement social influence également la consommation. La précarité et la criminalité facilitent l'accès au produit, tandis que les valeurs et le comportement du groupe de pairs prennent une importance croissante à l'adolescence, au détriment de l'influence parentale et des repères du monde des adultes en général. L'échec scolaire, le manque de motivation et l'existence de troubles spécifiques des apprentissages sont également associés à une vulnérabilité accrue vis-à-vis de l'usage de cannabis.

FACTEURS FAMILIAUX

Ils combinent le risque génétique (direct via l'abus de substances, et indirect via la psychopathologie) et environnemental. Parmi les situations les plus fréquemment retrouvées dans les études, citons les « familles à problèmes multiples » et les événements de vie adverses à l'adolescence qui sont tous deux associés à un risque accru de consommation abusive de cannabis. L'abus ou la dépendance à des substances chez le père favorise chez les enfants la consommation précoce de toxiques, les comportements antisociaux et les symptômes

dépressifs, alors que chez la mère, le risque est surtout véhiculé par les symptômes anxiodépressifs. Les attitudes parentales peuvent aussi favoriser la consommation de cannabis : c'est le cas lorsque la consommation de toxiques est banalisée, voire favorisée, lorsque la disponibilité des produits est importante au sein même de la famille. Les aspects éducatifs concourent au risque d'usage, mais probablement de façon peu spécifique : un faible niveau d'encadrement, des attitudes incohérentes ou coercitives et des violences familiales sont surreprésentés dans les familles des adolescents usagers de substances psychoactives.

FACTEURS PSYCHOPATHOLOGIQUES

L'existence d'une pathologie mentale chez l'adolescent multiplie par 2 le risque d'abus ou de dépendance aux substances psychoactives. Les études de suivi montrent que le trouble mental précède la consommation régulière dans deux tiers des cas environ. Le trouble des conduites, caractérisé par des comportements antisociaux et une tendance à l'hétéro-agressivité, est associé à un risque élevé de consommation de toxiques, surtout s'il débute avant 10 ans. Le trouble déficit attentionnel/hyperactivité (TDAH) est également un facteur de risque – certes plus modéré – d'abus de substances. Les formes comorbides TDAH/trouble des conduites sont particulièrement exposées à une consommation précoce et régulière. L'existence d'un TDAH raccourcit aussi le délai entre la première consommation et l'installation d'un usage abusif. Par ailleurs, le traitement du TDAH par psychostimulants semble avoir un effet protecteur modéré vis-à-vis des conduites de consommation de substances (alcool, tabac, cannabis) à l'adolescence et à l'âge adulte. Les troubles du spectre anxiodépressif sont également fréquemment retrouvés dans les antécédents d'adolescents consommateurs de cannabis, ils peuvent être isolés ou associés aux troubles externalisés précédents.

CONCLUSION

Des facteurs de risque potentiels existent à plusieurs niveaux et n'influencent pas toujours les mêmes processus ; certains seraient impliqués dans l'expérimentation, d'autres concernent la chronicisation de la consommation, en dépit des conséquences négatives sur la vie du sujet. Certains facteurs de risque sont communs à toutes les addictions, tandis que d'autres s'avèrent

plus spécifiques. La prévention passe par des actions multimodales, notamment chez les adolescents « à risque » (en milieu défavorisé ou ayant des antécédents familiaux d'abus de substances, par exemple) et le dépistage et le traitement de la psychopathologie familiale et individuelle.

Diane Purper-Ouakil, Marie-Christine Mouren
Service de psychopathologie de l'enfant
et de l'adolescent,
hôpital Robert Debré, 75935 Paris Cedex 19.
Courriel : diane.ouakil-purper@wanadoo.fr

1. **Expertise collective Inserm.** Cannabis : Quels effets sur le comportement et la santé ? Paris : Inserm, 2001 (réactualisation 2004 sur le site www.inserm.fr).
2. **Michel G, Purper-Ouakil D, Mouren-Siméoni MC.** Facteurs de risque des conduites de consommation de substances psycho-actives à l'adolescence. *Ann Med Psychol* 2001; 159: 1-10.

Dans cette perspective, le praticien a une place essentielle en tant que médecin de famille (de la famille dans son entier, et non des parents ou des enfants, les uns contre les autres...). Il lui faut nouer une réelle alliance avec l'ensemble des protagonistes, prenant en compte les attentes et les craintes des uns et des autres, et montrant à tous que chacun a été écouté. La création de ce terrain de confiance constitue une condition nécessaire pour permettre à chacun d'avancer et d'assouplir ses positions. Il faut en effet éviter que l'usager ne se sente mis en danger par un médecin intrusif, perçu comme simple auxiliaire de l'autorité parentale, scolaire ou judiciaire ; mais il faut de même éviter que l'entourage ne se sente disqualifié dans ses inquiétudes, réduites à un pur produit d'attitudes hyperprotectrices, moralisantes, ou simplement normatives face à un problème jugé mineur, voire inexistant, d'un point de vue « médical ». Une fois les attentes des uns et des autres précisées et pour peu qu'elles s'inscrivent réellement dans une perspective d'aide (ce qui est très généralement le cas des personnes qui font l'effort de venir consulter...), le repérage de l'usage ne pose guère de difficultés. A fortiori, il en va de même lorsque l'usager est demandeur. La question essentielle reste donc celle du repérage des usages compliqués (ou « à problèmes ») : usage nocif et dépendance. Notre propos se limitera à l'usage nocif, la question de la dépendance étant traitée par ailleurs (v. encadré page 19).

DIAGNOSTIQUER L'USAGE NOCIF

L'usage nocif (ou « abus » selon le *Diagnostic and statistical manual of mental disorders IV* [DSM IV]) est caractérisé par l'OMS (CIM 10) comme une consommation répétée entraînant des dommages physiques, psychiques

ou sociaux pour le sujet lui-même ou son environnement sans qu'il y ait dépendance. Très souvent l'intéressé n'est pas conscient d'avoir franchi un seuil et c'est, de fait, son environnement familial, affectif, social qui repère le problème et alerte le corps médical. L'objectif principal de l'intervention est donc d'évaluer ces dommages, d'aider le sujet à en prendre conscience, soutenir sa motivation au changement et proposer de premières interventions.

Il faut aussi préciser les modalités de consommation, les facteurs individuels de vulnérabilité et les facteurs de risques sociaux qui constituent autant de facteurs de gravité possibles, l'usage nocif étant la résultante de l'interaction entre ces trois séries de facteurs : produit, sujet, environnement.⁴

Les dommages les plus précocement et fréquemment rencontrés avec les usages de cannabis sont psychiques et sociaux.⁴⁻⁹ En premier lieu, il convient de souligner les troubles cognitifs (attention, concentration, mémoire immédiate). Peu « bruyants » socialement, ces troubles d'apparition insidieuse sont souvent sous-évalués par les patients eux-mêmes, mais ils contribuent à altérer leurs performances scolaires ou professionnelles. Joint au classique syndrome amotivationnel, tout cela peut conduire à un désinvestissement, voire une désinsertion progressive scolaire ou sociale. Plus rarement, mais de façon plus spectaculaire, ces usages peuvent entraîner des troubles psychiatriques manifestes : crises d'angoisse à répétition, « parano », troubles dépressifs, troubles délirants.

Sur le plan physique, à court terme, les usagers se plaignent surtout de problèmes respiratoires (dyspnée, bronchites à répétition...). Il convient également de penser à un usage nocif de cannabis lors de la découverte de troubles artériels chez un sujet jeune. Rappelons enfin que

Repérage et dépistage de la consommation de cannabis à l'école

L'école est un lieu privilégié d'observation des comportements des jeunes et leurs consommations de cannabis peuvent y être repérés par les adultes de l'établissement¹⁴

Il est tout à fait possible de constater à l'école les effets immédiats d'une consommation récente. En effet, la consommation de cannabis à tout moment de la journée, avant l'arrivée en classe ou avant un cours ou un contrôle redouté n'est pas exceptionnelle. De même pour les internes, le mercredi après-midi ou le soir sont des moments de convivialité, voire d'ennui, propices au partage d'un « joint ».

Mais à côté de ces constatations à court terme, le repérage des jeunes à risque n'est pas à dissocier du repérage des jeunes ayant des signes de mal-être, ce sont en effet ceux-ci qui vont avoir des conduites à risques, et qui sont le plus susceptibles de consommer de manière répétée du cannabis, mais aussi de l'alcool et du tabac.

Le plus important, c'est le croisement des regards, le travail en réseau des différents adultes.

Ce repérage par les adultes de l'établissement (v. tableau) et la responsabilité de tous en matière de prévention nécessitent un effort de formation. Cette formation associant tous les personnels de l'établissement, mais aussi les parents et les partenaires extérieurs, permet d'aborder le domaine spécifique des consommations de produits psychoactifs pour travailler les représentations de chacun dans ce domaine, et de

réfléchir à la conduite à tenir ensemble autour de ces jeunes.

Les médecins scolaires sont souvent les promoteurs de ces démarches de prévention collective. Ce sont bien les regards croisés et l'échange entre les différents adultes qui ont repéré un dysfonctionnement qui vont encourager l'accès des jeunes à la consultation médicale.

LA CONSULTATION DU MÉDECIN SCOLAIRE

Elle peut intervenir systématiquement pour certains jeunes, mais le plus souvent elle intervient sur demande d'un membre de l'équipe qui a remarqué des signaux d'alerte. L'examen médical permet d'apprécier la santé globale du jeune sur le plan physique et psychique, mais aussi social. Il est souvent complété par un questionnaire de santé globale abordant les conditions de vie, la scolarité, les relations familiales et scolaires, les antécédents familiaux et personnels, le ressenti du jeune vis-à-vis de sa santé.

Cet examen est l'occasion d'un dialogue qui permet d'aborder avec le jeune son comportement et ses consommations. L'appréciation de la consommation de substances psychoactives est toujours délicate, car elle est banalisée par l'adolescent. L'utilisation de grille de dépistage type ADOSPA (adolescence et substances psychoactives de Karila, Coueron et Reynaud v. p. 62) est très utile.

Le médecin scolaire propose à chacun

des jeunes une réponse adaptée à son fonctionnement psychosocial et à son type de consommation.

– **L'adolescent dit avoir une consommation festive**, sans facteur de vulnérabilité et sans conséquence repérable : le médecin scolaire propose une intervention brève rappelant les risques liés aux situations de consommation, valorisant les comportements positifs et protecteurs du jeune. Il lui propose de le revoir s'il en éprouve le besoin sur ce sujet ou sur un autre.

– **L'adolescent a une consommation régulière et (ou) associée à des facteurs de vulnérabilité** : il est dirigé vers une prise en charge à l'extérieur de l'établissement scolaire (médecin traitant, spécialiste, structures spécialisées...). Prioritairement, le médecin scolaire doit associer la famille à cette démarche. Si le jeune ou sa famille ne sont pas prêts pour cette prise en charge, l'accompagnement se fait par un suivi régulier du jeune et de sa scolarité.

– **Le conseil à l'équipe éducative qui a repéré l'élève** est indispensable pour une prise en charge cohérente de celui-ci. En respectant le secret médical et la compétence de chacun, le médecin rassure, conseille sur les conditions de la scolarité, l'orientation et l'application de la loi et du règlement.

LA PRÉVENTION COLLECTIVE

Les consultations permettent de participer à l'évaluation des besoins pour la mise en place des actions collectives.

le risque cancérigène du cannabis est établi et apparaît supérieur à celui du tabac (dans cette perspective, tout usage de cannabis peut être considéré comme étant d'emblée potentiellement nocif; il n'y a pas de seuil).

FACTEURS DE GRAVITÉ À CONSIDÉRER

Comme indiqué plus haut, les facteurs de gravité concernent le produit, ses modalités de consommation et les facteurs de vulnérabilité individuels et socio-environnementaux.

Facteurs liés au produit et à ses modalités de consommation

Quels produits consommés ?

Parmi les facteurs de gravité à analyser, il convient d'être particulièrement attentifs aux produits consommés : nature et quantité des substances, concentration attendue en tétrahydrocannabinol (THC), fréquence et modes de consommation.

En métropole les deux formes de cannabis les plus utilisées étaient le haschich (résine titrée à moins de 10 % de

Cette prévention repose sur un dispositif : le Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC). Il instaure une démarche globale de santé incluse dans un processus éducatif général, où la prévention ne se réduit pas à la juxtaposition d'actions ponctuelles de sensibilisation ou d'information, mais s'intègre dans le projet de l'établissement. Les actions d'édu-

cation à la santé sont mises en place à partir des besoins identifiés des jeunes, avec des adultes formés et la participation active des élèves.

Une première approche globale permet aux élèves de travailler pour renforcer leur estime de soi, leur connaissance d'eux-mêmes, des autres, leur capacité à résister aux pressions des pairs, des médias, leurs

capacités à communiquer, à réagir aux situations difficiles et à faire appel à des personnes ressources. C'est dans un deuxième temps que l'on aborde les entrées thématiques : rapport au corps de l'adolescent, sexualité, plaisir, consommations... Ces actions associent les partenaires extérieurs : associations, médecins spécialistes, police, collectivités.

Le rôle de l'école en matière de repérage et de prévention de la consommation de cannabis est indéniable. Le travail en réseau des personnels scolaires et des partenaires extérieurs permet de potentialiser une prise en charge cohérente du jeune en risque.

Les différents signaux d'alerte repérables par les adultes de l'établissement avant la consultation médicale

	CONSOMMATION RÉCENTE	SIGNAUX DE MAL-ÊTRE (facteurs de risque)
Personnels de la vie scolaire (surveillants, conseiller d'éducation)	Odeur suspecte dans les toilettes, dans les dortoirs Trouble du comportement à type d'ivresse cannabique : somnolence, euphorie, lenteur idéopraxique Exceptionnellement : bouffée délirante	Retards fréquents en classe Absences fréquentes Troubles du comportement : repli sur soi, agressivité, violences Autres consommations : tabac, alcool
Enseignants	Somnolence en cours, euphorie, lenteur	Désinvestissement scolaire
Infirmières	Ivresse cannabique Expression directe des jeunes	Passages fréquents à l'infirmierie Somatisations (filles) Dispenses de sport
Actions collectives : éducation pour la santé en groupe d'adolescents	Expression des élèves à l'occasion des débats sur leur consommation, celle de leurs camarades, sur le trafic...	Expression des élèves à l'occasion de débats sur leurs difficultés ou au contraire la banalisation des consommations

Tableau

Sylvie Donnadieu*, Michèle Occelli**

* Inspection académique,
24, boulevard Georges Chauvin,
27022 Évreux Cedex.

Courriel : s.donnadieu@wanadoo.fr

** Association des médecins conseillers techniques de l'Éducation nationale

Courriel : ascomed2@wanadoo.fr

1. Repères pour la prévention des conduites à risque. Volume 2, guide théorique. Bulletin officiel de l'Éducation nationale n° 9 - 4 novembre 1999.
2. La lutte contre la drogue et prévention des dépendances. Vers un dispositif en réseau. Collection repère. Ministère de l'Éducation nationale/CNDP - juin 2002.
3. **Expertise collective Inserm.** Éducation pour la santé des jeunes : démarches et méthodes. Paris : Inserm, 2001.
4. **Reynaud M.** Cannabis et santé. Paris : Médecine-Sciences Flammarion, 2004.

THC, le « shit ») et l'herbe (moins de 5 % de THC). Actuellement, ces notions doivent être revues. Le haschich traditionnel est réputé avoir quasiment disparu pour céder la place à des formes plus élaborées : pollen, haya. L'herbe est de plus en plus souvent autoproduite à la maison en mini-serres ou dans les jardins grâce à des graines commandées par l'Internet et sélectionnées pour leur teneur en THC. Ainsi il est vraisemblable que l'évolution de la teneur en THC qui augmente dans les produits consommés en France depuis 1996 a pu contribuer à la détérioration actuelle de la situation (Mura *et al.* 2001,

résultats de 5 152 analyses entre 1993 et 2000).¹⁰ Cette tendance est due pour l'essentiel à l'apparition d'échantillons à forte concentration : en 2000, 3 % des échantillons d'herbe et 18 % de ceux de résine (« haya ») dépassaient 15 % de THC. Certains échantillons titrent même à plus de 30 %, alors que le « record de France » était de 10,6 % jusqu'en 1995.

Selon quels modes de consommation ?

Ils ont eux aussi radicalement évolué avec le développement de l'usage des « douilles » chez les jeunes (culots

métalliques où est placé le cannabis pour être fumé grâce à une pipe à eau, sorte de narguilé de fortune, le « bong »...). « Coller des douilles » devient un mode d'usage en plein développement et qui doit être repéré, car il a des risques supérieurs aux modes traditionnels (mode d'extraction plus puissant et rapide, « violent ») et traduit souvent une plus grande recherche d'effets psychotropes puissants à type de « défonce » traduisant une problématique personnelle plus lourde de l'utilisateur.

Dans quelle quantité et à quelle fréquence ?

De même, il est clair que l'appréciation approximative des quantités consommées est un élément d'évaluation : le risque encouru lors d'une consommation occasionnelle de 1 ou 2 joints partagés avec des copains le week-end n'est évidemment pas du même ordre que celui engendré par une consommation quotidienne de 5, 10 ou 20 joints... Il ne faut pas hésiter à aborder cette question de manière très concrète, y compris sous l'angle des quantités achetées et de leur coût hebdomadaire. Au-delà de l'aspect évaluatif, la prise de conscience des sommes ainsi dépensées peut être en soi un motif d'arrêt, mais aussi en ce qu'elle attire l'attention de l'utilisateur sur sa « perte de contrôle », critère d'abus ou de dépendance.

Loin de bloquer la discussion, l'expérience montre que cet intérêt concret pour ses consommations peut au contraire créer un pont avec l'utilisateur et crédibiliser l'interlocuteur médical dans ses compétences sur la question. C'est ainsi que le dialogue sur les consommations peut naturellement évoluer vers une discussion sur les effets nocifs qui restent sinon trop souvent niés par l'utilisateur. Cette question de la fréquence d'utilisation (et donc des quantités consommées) est particulièrement importante, car son aggravation chez les jeunes est sans doute l'une des données essentielles expliquant l'accroissement actuel des problèmes sanitaires induits, y compris en matière de risques de dépendance.^{1,2,11}

Associés avec quoi ?

Les usages de tabac, d'alcool, d'autres drogues illégales et les abus de médicaments psychotropes sont très fréquemment associés à la consommation de cannabis, souvent d'autant plus que celle-ci est importante. Ils constituent un facteur aggravant par potentialisation, mais aussi en ce qu'ils traduisent fréquemment une importante vulnérabilité personnelle du sujet.

Depuis quand et à quelle fin ?

D'autres facteurs de gravité concernent le sujet lui-même et sont à rechercher :

– *précocité des consommations* : plus l'âge de début est précoce (tout particulièrement s'il est inférieur à 15 ans), plus le risque est important que cet usage devienne régulier, durable et donc problématique ;^{7,8,12} ce constat renvoie à plusieurs systèmes de causalité d'ordre toxicolo-

gique (plus l'âge de début est précoce, plus longue est la durée d'exposition au toxique), physiologique (un organisme jeune, notamment sur le plan cérébral, est à la fois plus sensible à certains effets et plus résistant à d'autres, ce qui constitue des vulnérabilités supplémentaires) et psychologique (un adolescent débutant a plus de mal à « gérer » un usage qu'un adulte, et structure rapidement des modalités durables d'interaction avec d'autres consommateurs, les groupes de « pairs », les copains) ;

– *usage à des fins d'autorégulation voire d'automédication*, comme en témoignent des usages de plus en plus souvent solitaires et non plus exclusivement en société, à l'occasion de fêtes ou de rencontres, des usages dès le matin, des usages à l'occasion de stress ou pour trouver le sommeil, des usages à des fins d'anesthésie, d'ivresse massive, de « défonce » ; la répétition croissante de ces modalités de consommation doit particulièrement attirer l'attention ; non seulement elles conduisent à une élévation du niveau de consommation, mais aussi elles traduisent des vulnérabilités du sujet qui constituent autant de facteurs de risques d'aggravation et de problèmes à traiter pour leur propre compte.

Facteurs de vulnérabilité individuels et sociaux

Les facteurs de vulnérabilité sont aussi à rechercher, particulièrement chez les adolescents,¹² (*v.* encadrés, pages 54 et 56), car ils accroissent les risques d'aggravation des consommations et d'évolution vers un abus ou une dépendance. Il peut s'agir aussi bien de certains penchants banals (hédonisme, goût marqué pour la « fête », les sorties, sociabilité...) que de certains traits de personnalité ou de tempérament (recherche de nouveauté et de sensations, faible évitement du danger, ou faible estime de soi, difficultés de gestion et d'expression des émotions, difficultés relationnelles...), mais aussi et surtout de nombreux troubles psychiques (troubles de l'humeur, phobie sociale, syndrome de stress post-traumatique, troubles du comportement, troubles de la personnalité, troubles psychotiques...). Il faut rechercher des antécédents de troubles des conduites, de tentatives de suicide, ou de troubles des conduites alimentaires lors de l'enfance ou de l'adolescence. Il convient enfin de rappeler que nombre de troubles mentaux, notamment psychotiques, peuvent être déclenchés, entretenus ou aggravés par des usages de cannabis, et qu'ils doivent donc être recherchés systématiquement chez ces patients (*v.* article page 30).

De même, en étroite interaction avec ces éléments individuels, on doit rechercher d'éventuels facteurs de vulnérabilité sociale (problèmes sociaux, scolaires, professionnels, familiaux, événements de vie douloureux, relations préférentielles voire exclusives avec d'autres usagers...) qui peuvent aggraver les consommations. En dehors du

Cannabis : que faire dans l'entreprise ?

Le monde du travail n'échappe pas à l'augmentation constatée partout de la consommation de substances psychoactives.

Les difficultés d'appréhension du phénomène sont nombreuses, rendant difficile une approche épidémiologique rigoureuse, mais les nécessités de la prévention imposent une connaissance « raisonnable » du phénomène à l'échelon global pour pouvoir établir une stratégie à la fois éthique et pertinente. En effet, seules des enquêtes de prévalence réalisées avec l'aide de médecins du travail peuvent apporter aux décideurs les arguments indispensables à la prise de mesures proportionnées à l'ampleur des conséquences potentielles sur la sécurité dans les entreprises.

Le cannabis est devenu la drogue numéro 1 en entreprise, ainsi que le démontre, sur 1978 urines de salariés analysées en 1997,¹ une prévalence globale de consommation de 4,8 %, atteignant 10,2 % chez les personnes affectées à un poste de sécurité. Une autre étude,² plus récente, trouve 11 % de consommateurs chez 313 candidats à un poste de chauffeur poids lourd, prévenus de la réalisation d'un dépistage avant l'embauche. Une étude de notre groupe (résultats à paraître) confirme cette position de leader du cannabis. Nous proposons ici quelques réflexions et suggérons quelques pistes pour une meilleure prise en charge globale du phénomène.

TRUISMES ET QUESTIONNEMENTS

La génération du baby-boom achève actuellement sa vie professionnelle. Les problèmes d'addiction posés par cette génération se posent essentiellement en termes d'alcoolodépendance, et très peu en termes de haschich (H). Les entreprises embauchent actuellement la relève, en particulier dans le secteur de la logistique où, fin 2001, moins de 50 % des présents avaient plus de 3 ans d'ancienneté dans la conduite, et seulement 20,6 % étaient des chauffeurs ayant plus de 10 ans d'expérience. C'est dire, en termes de sécurité, s'il est important de

connaître les tendances en matière d'addiction des jeunes adultes.

Les chefs d'entreprises, tout comme les partenaires sociaux, interrogent les services de santé au travail : en voici quelques exemples...

- découverte de *bangs** sur les lieux de travail, que faire ?

- consommation nocturne de H sur chaînes de travail, avec défaut de qualité majeure de fabrication et problèmes de sécurité ;

- accidentabilité au travail en hausse vertigineuse, depuis l'embauche de salariés plus jeunes ;

- *bad trips*** sur les lieux de travail, avec tentative de défenestration rattrapée de justesse ;

- *flash-backs**** sur les lieux de travail, liés à une consommation hors entreprise de cannabis à haut dosage...

- dangers du cannabisisme passif ?

- absentéisme du lundi en augmentation.

Les médecins du travail sont également face à des dilemmes cruciaux :

- effet cancérigène propre de la fumée de cannabis³ et exposition professionnelle à des cancérigènes ?

- quelle décision d'aptitude prendre face à un agent de sécurité d'immeuble de grande hauteur qui fume 8 joints par jour alors qu'il existe un texte réglementaire stipulant la nécessité d'une absence de toute affection psychiatrique, névropathique ou psychose ?

- pour un salarié travaillant en journée, et fumant un seul « pétard » le soir, peut-on le laisser prendre des astreintes de nuit, alors qu'il aura peut-être fumé juste avant d'être appelé ?

- le décret n° 2002-642 du 11 juillet 2003 modifie le Code pénal, le Code de procédure

*Bang : pipe à eau fabriquée à partir d'une bouteille en plastique

**Bad-trip : « voyage » ressenti comme très désagréable avec malaise et anxiété majeurs.

***Flash-back : « voyage » survenant à distance d'une consommation, lié au relargage, à partir du tissu adipeux de δ -9-THC stocké.

pénale et le Code de la route, la conséquence législative en étant que la seule présence d'un métabolite d'une drogue entraîne une pénalisation, alors qu'auparavant il fallait être sous l'emprise d'une drogue ; comment gérer le problème, en connaissant la longueur du délai de positivité dans les urines du δ -9-THC-COOH et en sachant que 2 tiers des accidents du travail mortels du régime général ont lieu sur la route ?

- comment ignorer le Code du travail, et en particulier son article L-230-3 ? « ... conformément aux instructions données par l'employeur..., il incombe à chaque salarié de prendre soin, en fonction de sa formation et selon ses possibilités, de sa sécurité et de sa santé ainsi que de celles des autres personnes concernées du fait de ses actes ou omissions au travail » ?

- comment ignorer l'article 95 du Code de déontologie médicale ? «... il [le médecin] doit toujours agir en priorité dans l'intérêt de la santé publique et dans l'intérêt des personnes et de leur sécurité au sein des entreprises ou des collectivités où il exerce ? »

- peut-on éthiquement laisser des salariés, avec l'accord tacite de leur employeur, fumer du H au travail pour pouvoir supporter des conditions de travail particulièrement difficiles comme le montre ce témoignage d'une téléconseillère de 23 ans ?⁴ « On a tous le même âge et la tolérance au joint est assez élevée. Le soir, personne n'est choqué de voir rouler entre deux appels. Les chefs laissent tranquilles, pourvu qu'on soit correct avec le client ».

QUE FAIRE ?

D'abord ne pas recommencer les erreurs commises dans la gestion des alcoolisations sur les lieux de travail, où habituellement les personnes alcoolodépendantes étaient connues de longue date par tous comme telles, et où on les tolérait, sans agir, pendant très longtemps, jusqu'au jour où à la faveur d'un incident, apparaissait une situation de crise qu'il fallait résoudre dans l'urgence.

L'étude des liens entre les différentes substances addictogènes (cannabis et alcool compris) montre toujours un lien très fort avec le tabac. La lecture du *British Dental Journal* est édifiante :⁵ l'interrogatoire des étudiants en chirurgie dentaire débutant leur cursus en 1999 (719 personnes) sur leur consommation de drogues donne les résultats suivants : 89 % des hommes et 88 % des femmes consomment de l'alcool, dont 35 % des hommes et 36 % des femmes consommateurs d'alcool dépassent les seuils de l'Organisation mondiale de la santé (plus de 21 verres par semaine pour un homme, 14 pour une femme) avec 48 % des hommes et 52 % des femmes considérés comme buveurs excessifs. L'usage régulier d'une drogue (au moins une fois par mois) autre que le cannabis est plus fréquent chez les hommes (ecstasy : 4 % ; cocaïne : 2 %). L'usage régulier du tabac (10 cigarettes/jour ou plus) est 6 fois plus fréquent chez les consommateurs réguliers de cannabis, 3 fois chez les gobeurs d'ecstasy et 4 fois chez les cocaïnomanes !

Le lien entre l'alcool et le tabac a été chiffré à 84 % en 2002 par l'association SULCAD (Sollac usine en lutte contre l'alcool et les dépendances).

Pour agir en amont, de façon efficace, il faut lutter d'abord contre le tabagisme en entreprise, et s'approprier, en la rendant applicable, la loi Evin : c'est d'abord une loi de protection des non-fumeurs ; le tabagisme passif étant une nuisance cancérigène pour l'homme (reconnue par le Centre international de recherches sur le cancer) doit figurer maintenant dans les nuisances à évaluer par chaque chef d'entreprise. Mais il ne faut pas pour autant faire « la chasse » aux fumeurs. Il vaut mieux les inciter, voire les aider, à l'arrêt du tabac, par exemple en sollicitant l'intervention de compétences extérieures à l'entreprise. Une circulaire toute récente,⁶ concernant la prévention des cancers en milieu professionnel, insiste sur la prévention des effets spécifiques du tabac en entreprise : il faut saisir cette opportunité qui légitime enfin une attitude forte face au tabac.

Pour ce qui est du cannabis, les informations données par les médias sont souvent fausses, et quasi toujours extrémistes (drogue douce et sans danger contre risques majeurs). L'entreprise doit être un lieu où l'on puisse en parler, trouver une information pertinente, et surtout se situer par rapport à sa propre consommation : des expériences en ce sens sont en cours, avec en particulier la distribution d'autoquestionnaires, permettant un autorepérage par le consommateur d'un glissement vers un usage nocif de cannabis (questionnaires DETC/CAGE Cannabis, questionnaire NHC ALAC 1996).⁷

Enfin, il est indispensable de réviser les règlements intérieurs des entreprises, avec la création obligatoire d'un paragraphe traitant de la politique alcool et substances psychoactives (en les mettant sur un même plan), avec inclusion d'une liste établie de façon consensuelle des postes de façon consensuelle des postes de sûreté/sécurité incompatibles avec la consommation et inclusion d'une clause sur une politique de dépistage*,⁸ limitée à des circonstances précises : une jurisprudence récente (Cass. Soc. 22 mai 2002 n° 1788 FS-PB, SA Piani c/Vaisseau) permet d'explorer cette voie utilement.

Une charte signée le 13 janvier 2004 crée un partenariat sécurité routière entre l'État et la profession de transport routier de marchandises : l'État s'y engage à apporter « son soutien aux entreprises ou fédérations mettant en œuvre des actions de prévention et de détection de l'alcool et des produits stupéfiants auprès de leurs conducteurs salariés »

CONCLUSION

S'il est utopique d'envisager une entreprise *drugfree*, il est tout à fait illusoire de croire qu'un phénomène de société aussi communément présent s'arrête à la porte de l'entreprise. Dans ce domaine aussi, l'entreprise doit être citoyenne et prendre les bonnes options, à savoir anticipation, pré-

* Sur un plan pratique des tests biologiques offrant une bonne sensibilité et une bonne spécificité sont maintenant disponibles.⁸

vention, mais aussi parfois répression. Les services de santé au travail sont là pour l'assister dans l'élaboration et la vie de cette politique.

Bernard Fontaine

Association de médecine et de santé au travail (AMEST), 59015 Lille Cedex ;
Groupe régional toxicomanies et travail, Institut de santé au travail du Nord de la France (ISTNF), 59037 Lille Cedex.

Courriel : bfontaine@amest.fr

1. **Haguenoer JM, Hannotiaux MH, Lahaye-Roussel MC et al.** Prévalence des comportements toxicophiles en milieu professionnel : une étude dans la région Nord-Pas-de-Calais. Bull. du conseil départ. du Nord de l'ordre des médecins 1997 ; 80 : 11-5.
2. **Delzenne C, Pradeau P.** Limites, intérêt et avenir du dépistage systématique des substances psychoactives, étude sur une population de chauffeurs routiers. XXI^{es} Journées méditerranéennes internat. de méd. du trav. 26-28 oct. 2001, Marrakech.
3. **Carriot F, Sasco AJ.** Cannabis et cancer. Rev Epidem et Santé Publ 2000 ; 48 : 473-83.
4. Libération. 18.06.2002.
5. **Underwood B, Fox K, Nixon PJ.** Alcohol and drug use among vocational dental practitioners. British Dental Journal 2003 ; 195 : 265-8.
6. Circulaire DGS-DRT n° DGS/SD7C/2004/525 du 4 novembre 2004 relative à la prévention des cancers en milieu professionnel.
7. Usage nocif de substances psychoactives. Rapport au Directeur général de la Santé. Paris : La Documentation Française, 2002.
8. **Fontaine B, Legrand PM, Pamart B et al.** Évaluation de 7 tests rapides pour le dépistage des substances psychoactives dans le cadre de la médecine du travail. Documents pour le médecin du travail 2001 ; 87 : 321-24.

sexe (les garçons sont plus à risques d'abus que les filles) et de l'âge (les « jeunes » sont nettement plus souvent consommateurs que les « anciens » surtout quand ceux-ci travaillent, sont mariés et ont des enfants...), il n'y a pas de variable sociodémographique fortement corrélée à un surrisque notable d'abus de cannabis. La prévalence d'usage est devenue telle que peu de secteurs sont indemnes, même si certains contextes socioculturels restent évidemment particulièrement concernés. Mais il serait dangereux de réserver la démarche de repérage précoce à des personnes dont le « look » ou l'habitus semblerait particulièrement évocateur d'un goût pour le cannabis tant celui-ci s'est largement diffusé dans la société, tout au moins chez les jeunes.

POUR LA PRATIQUE

- Compte tenu de l'évolution actuelle des usages de cannabis et de la sensible aggravation de leurs conséquences sanitaires (physiques et psychiques) et sociales, le repérage de ces usages et, a fortiori, des pratiques addictives, usage nocif et dépendance, doit être systématique chez tout patient au même titre qu'une recherche d'usage de tabac et d'alcool.
- Cette investigation doit être particulièrement attentive chez les jeunes du fait de la plus grande prévalence d'usage dans ces catégories d'âge et de leurs conséquences encore plus péjoratives que chez les adultes.
- Elle doit être aussi menée avec beaucoup de prudence et de doigté, compte tenu des enjeux sociaux et familiaux d'un tel repérage (*primum non nocere*). Dans bien des cas quand l'usager est jeune, la consultation est secondaire à une attente parentale ou de son entourage, il faut veiller dès lors à être attentif aux attentes de chacun, sans disqualifier ni les unes ni les autres, mais en tentant au contraire de dégager des possibilités communes d'évolution.
- Ce repérage doit être complété d'une évaluation des facteurs de gravité : fréquence et modalités de consommation, recherche de facteurs de vulnérabilité individuels et sociaux. Dans cette perspective, la précocité des premiers usages, l'existence d'usages solitaires, d'usages dès le matin, la découverte de finalités auto-thérapeutiques, la présence de troubles mentaux associés constituent autant de signaux d'alerte.
- Le praticien peut s'aider dans sa démarche d'auto-questionnaires d'évaluation qui fournissent un appui diagnostique, mais aussi un excellent support relationnel généralement apprécié des jeunes consommateurs.
- Il faut se souvenir que les usages de cannabis sont toujours immédiatement nocifs dans certains contextes d'usage : grossesse, trouble mental, conduite de véhicules, au travail (apprentissage et postes de sûreté/sécurité tout particulièrement).

Facteurs de gravité situationnels

En dehors des troubles mentaux précédemment évoqués, certains contextes de consommation peuvent rendre d'emblée très nocifs des usages de cannabis et doivent donc faire l'objet d'une attention particulière : grossesse, conduite de véhicule, exercice de certaines professions notamment les postes de sûreté/sécurité.

Grossesse

La consommation de cannabis par une femme enceinte peut entraîner un certain nombre de problèmes sur la grossesse et la périnatalité, pas de tératogénicité sévère mais la possibilité d'anomalies structurales mineures, un risque d'hypotrophie et de troubles du comportement et du sommeil chez le nouveau-né. Des troubles des cognitions et des fonctions exécutives peuvent être observés de façon différée chez le jeune enfant (9-12 ans) après une exposition prénatale au cannabis.^{13, 14} Tout usage est donc d'emblée nocif dans ce contexte et doit être activement recherché, car bien des jeunes mamans n'abordent pas la question tant elles sous-estiment, voire ignorent ce risque ou parce qu'elles craignent d'être mal jugées, rejetées. La question générale des usages de substances psychoactives pendant la grossesse doit donc inclure systématiquement une recherche fine (mais non « jugeante ») des usages de cannabis qui est, de loin, la substance illégale la plus fréquemment utilisée par des femmes jeunes, à des niveaux proches de ceux atteints par le tabac et l'alcool.

Conduite de véhicules

Les données expérimentales permettent de présumer d'une dangerosité routière liée à la consommation de cannabis, risque encore potentialisé par les prises concomitantes d'autres substances (alcool en particulier), la fatigue des sorties nocturnes et le jeune âge de bien des consommateurs. Les autorités ont donc pris la décision de pénaliser l'usage de stupéfiants au volant (loi du 3 février 2003 et décret du 1^{er} avril 2003) [v. encadré, page 44].

Cannabis et travail

Les prévalences des usages de drogues en général et de cannabis en particulier dans le monde du travail restent une zone d'ombre en France, mais les études pratiquées montrent que le cannabis est la substance psychoactive la plus fréquemment retrouvée,¹⁵ tout particulièrement chez les personnes affectées à un poste de sûreté/sécurité. Ces données doivent donc particulièrement retenir l'attention en ce qui concerne ces postes (postes de conduite, chauffeurs de poids lourds, caristes, postes de contrôle, opérateurs sur des machines dangereuses, travail sur des postes élevés [couvreurs, échafaudeurs]...) [v. encadré, page 59].

CANNABIS REPÉRAGE ET ÉVALUATION DES FACTEURS DE GRAVITÉ

OUTILS DE REPÉRAGE

Face à un ou plusieurs des symptômes mentionnés précédemment, évocateurs d'un usage nocif, le clinicien peut s'aider de certains auto-questionnaires en cours de validation en France. Faciles et rapides d'emploi, ils permettent de dépister aisément bon nombre d'usages nocifs de substances psychoactives (CRAFFT test, ou ADOSPA pour la version française),¹⁶ [tableau 1] ou plus particulièrement de cannabis (DETC/CAGE-Cannabis du NIDA-USA) [tableau 2] et de les évaluer (Questionnaire d'auto-évaluation de consommation nocive de cannabis du NHC de Nouvelle-Zélande),¹⁷ [tableau 3]. Ces questionnaires, généralement appréciés des usagers, permettent de plus d'enga-

CRAFFT test (ADOSPA)

DEUX RÉPONSES POSITIVES (OU PLUS) À CES QUESTIONS SONT ÉVOCATRICES D'UNE CONSOMMATION NOCIVE

- 1 Êtes-vous déjà monté dans un véhicule (**A**uto, moto, scooter...) conduit par quelqu'un (vous y compris) qui avait bu ou qui était défoncé ?
- 2 Utilisez-vous de l'alcool ou d'autres drogues pour vous **D**étendre, vous sentir mieux ou pour tenir le coup ?
- 3 Vous est-il déjà arrivé d'**O**ublier ce que vous avez fait sous l'emprise de l'alcool ou d'autres drogues ?
- 4 Consommez-vous de l'alcool ou d'autres drogues quand vous êtes **S**eul ?
- 5 Avez-vous déjà eu des **P**roblèmes en consommant de l'alcool ou d'autres drogues ?
- 6 Vos **A**mis ou votre famille vous ont-ils déjà dit que vous devriez réduire votre consommation d'alcool ou d'autres drogues ?

Tableau 1

DETC/CAGE – Cannabis

DEUX RÉPONSES POSITIVES (OU PLUS) À CES QUESTIONS SONT ÉVOCATRICES D'UNE CONSOMMATION NOCIVE DE CANNABIS

- 1 Avez-vous déjà senti le besoin de **D**iminuer votre consommation de cannabis ?
- 2 Votre **E**ntourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?
- 3 Avez-vous déjà eu l'impression que vous fumiez **T**rop de cannabis ?
- 4 Avez-vous déjà eu besoin de fumer du **C**annabis dès le matin pour vous sentir en forme ?

Tableau 2

Questionnaire d'auto-évaluation de consommation nocive de cannabis

NHC de Nouvelle-Zélande, ALAC 1996

TROIS RÉPONSES POSITIVES (OU PLUS) SUGGÈRENT UN USAGE PROBLÉMATIQUE DE CANNABIS

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

Tableau 3 NHC : National health committee

ger la discussion avec eux en facilitant la prise de conscience des risques et méfaits de ces usages de cannabis.

Dans un contexte de santé publique (médecine du travail, situations à risques...) ou de médecine légale (accidents de la route...), des examens biologiques peuvent être utilisés (*v. encadré, page 53*), ils n'ont cependant que peu d'intérêt en pratique clinique.

CONCLUSION

Le repérage précoce des usages nocifs de cannabis et l'évaluation des facteurs de gravité de ces consommations, en s'appuyant, le cas échéant, sur des questionnaires d'auto-évaluation, permettent d'aider le patient à identifier plus tôt le problème et à y faire face, en déterminant avec le praticien des objectifs de soins, et en co-élaborant avec lui des stratégies adaptées qui peuvent être remarquablement efficaces pour peu qu'elles soient entreprises à ce stade.^{18,19} C'est tout l'intérêt d'un repérage précoce qui peut permettre, en devenant systématique, d'éviter bien des dommages personnels et sociaux. ■

SUMMARY Use of cannabis: screening strategy and evaluation of severity factors

Cannabis consumption occupies a front place in the field of addictions in France, not only by the levels of consumption but also by the related health harms induced with a growing potentially problematic use of cannabis among young men (14% of those aged 14 to 18 in 2001). Therefore, it is not only an educational problem but also a public health issue.

Harmful cannabis use must be systematically researched by history taking on the consumption of tobacco, alcohol and drugs as an integrated part of the patient's social history. The diagnostic of cannabis abuse is made by a clinical evaluation of harmful use, the frequency and quantity of consumption, the search for complications. The practitioner must also evaluate the factors of severity (modalities of consumption and parameters predictive of poor outcome like precocity of first experiences, auto-therapeutic use and the various types of individual and social vulnerability: personality characteristics, psychiatric pathology, family characteristics and social environment). The physician may also be helped by drug screening diagnostic and evaluation instruments like validated autoquestionnaires. Urinary screening can be used especially in public health or forensic medicine fields. Some situational risks must be known while cannabis intoxicated: pregnant women, mentally ill, driving, working.

Finally, professionals must know that present situation is very different from what we knew in the seventies and that they have to cope with this fast moving issue.

Rev Prat 2005 ; 55 : 51-65

RESUMÉ Usage du cannabis : repérage et évaluation des facteurs de gravité

Les usages de cannabis ont connu un développement très important ces 10 dernières années en France, avec des conséquences très dommageables tant au point de vue sanitaire que social (14 % des jeunes garçons de 18 ans avaient un usage problématique en 2001). Cette question ne doit donc plus être perçue comme un « simple » problème normatif au moment de l'adolescence, mais bien comme un problème de santé publique. Les usages de cannabis doivent donc être systématiquement recherchés, les pratiques addictives (usage nocif, dépendance) identifiées et les facteurs de gravité évalués. Ceux-ci sont liés aux fréquences et aux modalités de consommation et aux facteurs de vulnérabilité, individuels, sociaux ou culturels qui doivent être recherchés. Le praticien peut s'appuyer sur des questionnaires d'auto-évaluation de consommation de cannabis. Peu utiles en pratique clinique, les examens biologiques peuvent être un recours en matière de santé publique (médecine du travail notamment) ou sur un plan légal (accidents de la route). Certains contextes situationnels à hauts risques doivent être bien connus : grossesse, troubles mentaux, conduite de véhicules, postes de travail sûreté/sécurité... Au total, l'essentiel est bien de réaliser que la situation contemporaine est singulièrement différente de celle des années 1970, nécessitant une adaptation rapide des connaissances et des pratiques professionnelles pour mieux faire face à un problème rapidement évolutif.

RÉFÉRENCES

1. Beck F, Legleye S, Obradovic I. De l'observation des usages à la mesure de l'usage problématique de cannabis. Éléments de comparaisons internationales. Numéro spécial Toxibase-Crips, revue Toxibase n° 12. Lettre du Crips n° 70; 2004 : 8-18.
2. Costes JM, Bello PY, Palle C. Les addictions en France : état des lieux. Rev Prat 2003; 53 : 1299-303.
3. Reynaud M, Parquet PJ, Lagrue G. Les pratiques addictives : usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives. Rapport au Directeur général de la santé. Paris : Odile Jacob, 2000.
4. Reynaud M *et al.* Usage nocif de substances psychoactives. Rapport au Directeur général de la santé. Paris : La Documentation française, 2002.
5. Reynaud M, Schwann R. Diagnostic des addictions. Rev Prat 2003; 53 : 1304-14.
6. Expertise collective Inserm. Cannabis Quels effets sur le comportement et la santé? Paris : Les éditions Inserm, 2001.
7. Cagni G, Morel A, Villez M, Reynaud M. Repérage et évaluation de l'usage de cannabis. In: Reynaud M *et al.* (eds). Usage nocif de substances psychoactives. Rapport au Directeur général de la santé. Paris : La Documentation française, 2002 : 133-42.
8. Cagni G. Usage nocif de cannabis : repérage précoce et conduite à tenir. Numéro spécial Toxibase-Crips, revue Toxibase n° 12. Lettre du Crips n° 70; 2004 : 52-61.
9. Dervaux A, Benyamina A. Troubles induits par le cannabis. Encephale Prat 2002; Hors-série 8 h 31-5.
10. Mura P *et al.* L'évolution des teneurs en THC dans les produits à base de cannabis en France : mythe ou réalité ? Ann. Toxicol Annal 2002 ; 14 : 64-7.
11. Woody GE, Cottler LB, Cacciola J. Severity of dependence : data from the DSM-IV trials. Addiction 1993; 88 : 1573-9.
12. Vignau J, Karila L. Les conduites addictives à l'adolescence. Rev Prat 2003; 53 : 1315-9.
13. COROMA (Collège romand de médecine de l'addiction). Effet de la consommation abusive de cannabis et d'alcool sur la femme enceinte, le fœtus et le jeune enfant. Flash Addiction 2003; 6.
14. Fried PA, Smith AM. A literature review of the consequences of prenatal marijuana exposure. An emerging theme of a deficiency in aspects of executive function. Neurotoxicol Teratol 2001; 23 h 1-11.
15. Journée recherche de l'Institut interuniversitaire de médecine du travail de Paris Île-de-France, 15/05/2002. Documents pour le médecin du travail 2002; 91 : 273-82.
16. Karila L, Legleye S, Donnadiou S *et al.* Consommations nocives de produits psychoactifs à l'adolescence. Résultats préliminaires de l'étude Adotechno. Alcoologie Addictologie 2004; 26 : 99-109.
17. ALAC-Guidelines for alcohol and drug assessment : a review of alcohol and drug screening diagnostic and evaluation instruments. Alcohol Advisory Council of New Zealand, Wellington, 1996; National Health Committee of New Zealand, 1999.
18. Couteron JP. Accueil d'usagers de cannabis : intérêt d'une auto-évaluation. Interventions 2001; 18 h 2.
19. Delile JM. L'augmentation et l'aggravation des problèmes liés au cannabis en France ont entraîné en 5 ans un doublement de la demande de soins en centres spécialisés (CSST). Numéro spécial Toxibase-Crips, revue Toxibase n° 12. Lettre du Crips n° 70; 2004 : 65-6.