

MAITRISE COMPLEMENTAIRE EN MEDECINE GENERALE

UNIVERSITE CATHOLIQUE DE LOUVAIN

TRAVAIL DE FIN D'ETUDES



**RISQUES ET REDUCTION DES RISQUES LIES A LA
CONSOMMATION DE CANNABIS EN MEDECINE GENERALE**

Dr Ugnon-Coussioz Alexandre

Année Académique 2016-2017

Promoteur : Dr Denis Baudouin

Abstract

La réduction des risques est connue et développée pour la consommation d'héroïne ou dans les milieux festifs, mais le cannabis semble avoir échappé à ce concept. Depuis plus de 20 ans, le cannabis est considéré comme la drogue illégale la plus consommée en Belgique et dans le monde. Ces dernières années, l'émergence avérée sur le marché de cannabis fortement dosé en principe actif est source d'inquiétude (« supercannabis »).

Les risques liés à la consommation du cannabis sont moins importants que ceux d'autres drogues. Son utilisation est associée à des risques psychiatriques aigus rares mais spectaculaires (crises psychotiques), et à un risque majoré d'accidents de la route (x2) et d'infarctus du myocarde chez les personnes à risque (x5 dans l'heure suivante). Un usage chronique, outre la dépendance et les problèmes psychosociaux, augmente le risque de psychose (x2 si l'usage est régulier) et l'inhalation des produits de combustion est responsable de symptômes respiratoires. Les « supercannabis » semblent associés à une augmentation des risques psychiatriques.

Ces conclusions sont limitées par de nombreux facteurs confondants, et par le manque de précision sur le mode de consommation et les espèces consommées. Le rôle des différents cannabinoïdes (particulièrement le ratio THC/CBD) n'est intégré dans les recherches que depuis quelques années alors que ces données semblent déterminantes.

Le médecin généraliste, de par son contact avec des patients consommateurs et la connaissance des risques, peut participer à la réduction du risque. Au vu des données actuelles, il peut surtout agir sur le mode de consommation, la titration des doses, le choix de l'espèce et l'identification des patients particulièrement à risques.

Une enquête à destination des médecins et des consommateurs confirme la présence de consommateurs dans la patientèle des médecins généralistes. La majorité des médecins se disent intéressés pour aider les patients concernés à réduire les risques liés à leur consommation. Ils restent des interlocuteurs de choix pour les consommateurs qui souhaitent, souvent, réduire les risques liés à cette consommation.

Mots clefs :

Cannabis, Phytocannabinoïdes, THC, CBD, Risques, Réduction des Risques, Médecine générale, Modes de consommation, Questionnaires, Dépendance, Trouble de l'usage, Moyens de réduction des risques, Psychoses, Accidents de la route, Infarctus du myocarde

Table des matières

Introduction	1
Méthodologie.....	1
I. Définition de la « réduction du risques ».....	2
II. Présentation du cannabis	3
A. La plante et son histoire	3
1. Histoire	3
2. Botanique.....	4
B. Les différents modes de consommation du cannabis	4
C. L'effet recherché par le consommateur	5
D. Les propriétés psychotropes de la plante.....	5
E. Vers une élévation la teneur en THC ?	7
III. Les Risques de l'usage du cannabis	7
A. Généralités sur les risques de l'usage du cannabis	7
1. Les risques du marché noir.....	7
2. Le cannabis, une drogue « gateway » ?	8
3. La dépendance	9
4. Le syndrome amotivationnel	11
5. Les effets du cannabis sur le cerveau et la cognition	12
6. Adolescent consommateur et quotient intellectuel.....	12
7. Impact psychosocial de la consommation	13
8. Accident de la route.....	14
B. Détails des risques par système	15
1. Les risques physiques.....	15
2. Les risques psychiatriques.....	19
3. Le cannabis et la reproduction.....	25
C. Conclusion sur les risques de l'usage du cannabis	26
IV. La réduction des risques	27
A. La réduction des risques via le choix du mode de consommation	27
1. L'usage des vaporisateurs.....	27
2. Quid des e-liquides contenant du THC	28
3. Le manger oui, l'injecter non	28
4. Décourager l'usage du tabac	29
B. La réduction des risques via la titration les doses	29
1. THC, CBD : choix de l'espèce.....	29
2. Quels consommateurs peut bénéficier d'une titration des doses ?	30

3.	Cultiver chez soi ? Le choix de l'espèce	31
C.	Le rôle sanitaire des pouvoirs publics dans la réduction des risques	32
D.	Aborder le cannabis en médecine générale	33
E.	Identifier les patients à risques en médecine générale.....	33
F.	La réduction des risques, et après ?.....	35
1.	Les particularités du cannabis	35
2.	Quels objectifs viser avec le patient ?	35
3.	Prise en charge de l'addiction au cannabis.....	36
V.	Résultats de l'enquêtes	37
A.	Méthodologie.....	37
B.	Les principaux éléments apportés par les médecins généralistes	37
C.	Les principaux éléments apportés par les consommateurs	38
D.	Comparaisons marquantes.....	39
E.	Discussion	40
F.	Conclusion.....	41
VI.	Références	42
VII.	Annexes.....	48
A.	Critères DSM-V d'un trouble de l'usage.....	48
B.	Outils de repérage spécifique du cannabis	49
C.	Interview d'infordrogues	50
D.	Interview du Dr Van Den Broeck.....	53
E.	Enquête destinée aux médecins généralistes	59
1.	Questionnaire envoyé aux médecins	59
2.	Réponses et analyse.....	60
F.	Enquête destinée aux consommateurs	69
1.	Questionnaire envoyé aux consommateurs	69
2.	Réponses et analyse.....	70

Introduction

Alors que la médecine développe des médicaments à base de cannabis, et que certains revendiquent un droit à consommer du cannabis à des fins récréatives, le médecin généraliste compte parmi sa patientèle des consommateurs. Il doit pouvoir se positionner face à cette substance dont l'usage millénaire se banalise dans nos sociétés contemporaines. En effet, depuis plus de 20 ans, le cannabis est considéré comme la drogue illégale la plus consommée en Belgique et dans le monde, et le risque perçu diminue (1). Pourtant, les risques de l'usage sont mal connus.

En acceptant que certaines personnes ne peuvent pas ou ne veulent pas s'abstenir de consommer du cannabis, la réduction du risque doit alors s'envisager et le médecin généraliste peut avoir un rôle à jouer de par son contact avec des patients consommateurs.

Après avoir défini la réduction du risque (première partie) et présenté le cannabis et sa consommation (deuxième partie), une revue de la littérature est proposée pour préciser les connaissances actuelles des risques auxquels s'exposent le consommateur (troisième partie).

De ces connaissances actualisées, seront proposées des pistes pour réduire les risques (quatrième partie). Enfin, la place que peut avoir la réduction des risques en médecine générale sera envisagée au travers des résultats d'enquêtes auprès des médecins et auprès des consommateurs (cinquième partie).

Méthodologie

Pour réaliser ce travail, j'ai effectué une revue de la littérature récente concernant le cannabis, les risques associés et la réduction de ces risques. J'ai commencé par assister à la formation Alto (Dr B. Denis « Problèmes de santé les plus importants liés à l'usage de drogues »), par la lecture de la partie relative au cannabis du travail du Dr S. Lacroix « Drogues licites et illicites : description, usage et risques » (2) disponible sur le site internet du Réseau Alto et par la lecture des renseignements destinés aux professionnels de la santé concernant le cannabis de *Santé Canada* (3). J'ai poursuivi les recherches sur Medline (via PubMed). Les mots clefs utilisés initialement étaient : *Cannabis, Marijuana, Adverse effects, Primary Health care, Harm reduction*. A partir d'articles généraux (1) (4) (5), j'ai exploré les bibliographies et réalisés des recherches spécifiques à l'aide de mots clefs plus précis (par exemple : psychotic disorders, lung diseases...) en sélectionnant, si disponible, prioritairement les méta-analyses et les revues de la littérature les plus récentes.

Pour compléter la littérature et affiner certains points, j'ai consulté les sites internet du réseau Alto¹ et de l'association de réduction du risque Modus-Vivendi². Pour les statistiques européennes, j'ai consulté le site de l'EMCDDA³ et de l'OFDT⁴.

Par ailleurs, j'ai contacté l'association Infordrogues, le Cannabis Social Club de Liège « Peace », le magasin Online Alchimia⁵ et le Dr Van Den Broeck qui prend en charge des patients consommateurs. Je n'ai pas eu de réponse de l'association Modus Vivendi, de l'association Eurotox, du Cannabis Social Club d'Anvers, ni de la Cannabis Clinic de Bruxelles. Une enquête internet destinée aux médecins fut transmise par l'intermédiaire des rôles de gardes et une enquête destinée aux consommateurs fut complétée en consultation, par l'intermédiaire du secrétariat de la maison médicale où je travaille, et via le Cannabis Club de Liège.

I. Définition de la « réduction du risques »

La « Réduction des Risques » (RdR) est un ensemble d'actions médicales et sociales visant à la fois l'individu et la collectivité. C'est un concept plus large que son nom ne laisse entendre (6).

Le postulat d'origine se veut pragmatique. Il consiste à accepter que certaines personnes ne peuvent pas, ou ne veulent pas, s'abstenir de consommer des drogues et à reconnaître que l'abstinence n'est pas toujours un objectif réaliste et adéquat. La RdR cherche donc à minimiser (et non pas supprimer) les problèmes causés par l'usage de drogue chez le consommateur, son environnement et la société (7). C'est une stratégie de santé publique qui complète la prévention (éviter la toxicomanie) et le traitement (limiter la durée de la toxicomanie). Le médecin généraliste, de par son contact avec des patients consommateurs, peut participer à la RdR.

Si la RdR est connue et développée pour la consommation d'héroïne ou dans les milieux festifs, dont les mesures célèbres sont la mise en place de « salles de shoot » ou l'analyse de produits psychotropes sur place, le cannabis semble avoir échappé à ce concept alors qu'il est largement consommé - excepté peut être aux Pays-Bas avec l'instauration de coffee shop (8).

¹ Réseau Alto : <http://www.reseualto.be/>

² Modus-Vivendi : <http://www.modusvivendi-be.org/>

³ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction : <http://www.emcdda.europa.eu/>

⁴ Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies : <http://www.ofdt.fr/>

⁵ Growshop Alchimia : <https://www.alchimiaweb.com/fr/>

II. Présentation du cannabis

Depuis plus de 20 ans, le cannabis est considéré comme la drogue illégale la plus consommée dans le monde. Dans les pays industrialisés, après une période d'augmentation les chiffres semblent se stabiliser. Pour autant, en raison d'un manque de données fiables, des incertitudes existent à propos du nombre exact de consommateurs de cannabis.

Selon les statistiques de 2013 de l'EMCDDA, en Belgique 15% de la population âgée de 15 à 64 ans a déjà consommé du cannabis. 4,6% a consommé dans l'année en cours et la moitié a consommé dans le mois précédent (9). Comparativement, en France presque un adulte sur deux a déjà expérimenté du cannabis et 9% des jeunes de 17 ans sont des fumeurs réguliers (10).

Typiquement, la consommation commence à l'adolescence et concerne surtout les jeunes âgés d'une vingtaine d'années. L'utilisation du cannabis diminue avec l'entrée dans la vie active (travail, mise en ménage, enfants).

A. La plante et son histoire (11) (4)

1. Histoire

Le cannabis est l'une des plus anciennes plantes cultivée par l'homme. Domesticquée il y a plus de 10 000 ans en Asie centrale près de l'Himalaya, la plante s'est étendue au cours des millénaires à travers le monde et a rejoint l'Europe il y a environ 1200 ans. Les usages historiques de la plante étaient variés : confection de cordes avec les fibres, graines germées dans un but alimentaire, usages médicaux, religieux et rituels. En outre, l'utilisation récréative du cannabis à travers l'histoire est constante et complexe (acceptée, recommandée, prohibée, diabolisée, banalisée...). Elle perdure de nos jours et les consommateurs militent activement pour légaliser l'usage de la plante.

Au 20^{ème} siècle, l'étude scientifique de la plante permet de mieux comprendre ses propriétés médicinales et psychotropes. Le Δ -9-tétrahydrocannabinol (THC), et son rôle dans les propriétés euphoriques du cannabis, est découvert en 1964 - stimulant l'intérêt scientifique pour la plante. Dans les années 80-90, le système

Tableau 1. Usages médicaux historiques selon la géographie :

- Chine ancienne : anesthésiant chirurgical (huile)
- Egypte ancienne : antalgique
- Inde : anxiolytique
- Empire romain : douleurs de l'accouchement

Tableau 2. Usages médicaux du cannabis envisagé par la médecine moderne :

- Glaucome
- Nausée induite par la chimiothérapie
- Anorexie et cachexie secondaire au SIDA
- Douleurs chroniques
- Inflammation
- SEP
- Epilépsie
- ...

endocannabinoïde est identifié, ouvrant la porte à un usage pharmacologique de la plante dont la recherche est en pleine activité. La compréhension médico-chimique éclaire les questions de dépendance, bénéfice et risque de l'usage.

2. Botanique

Il y a trois espèces principales de cannabis :

- Cannabis sativa
- Cannabis indica
- Cannabis ruderalis (faiblement psychoactive)

Ces plantes sont différentes en termes de morphologie et de propriétés psychoactives (taux de THC, cannabidiol (CBD), autres cannabinoïdes). Cependant, au fil des années la distinction entre les espèces s'est brouillée du fait des croisements et des modifications génétiques réalisés par les cultivateurs. Des sous-espèces hybrides visant des propriétés spécifiques sont donc retrouvées (haut taux de THC pour augmenter les propriétés médicales et les propriétés psychoactives dans l'usage récréationnel).

Habituellement, c'est la fleur femelle (ou « tête ») qui est récoltée et consommée séchée ou transformée. Sur les têtes se trouvent les trichomes. Ce sont des excroissances filaires qui sécrètent des terpènes et les phytocannabinoïdes.

- Les terpènes sont des composés aromatiques responsables de l'odeur ;
- Les phytocannabinoïdes sont responsables des propriétés psychoactives chez l'homme.

Tableau 3. Cannabis consommable :

- Marijuana : tête, tige et feuilles séchées
- Haschich : « résine » formée d'exsudat sec de la plante
- Huiles : issues de l'extraction de principes actifs

B. Les différents modes de consommation du cannabis

Habituellement, le cannabis est fumé dans un joint mélangé à du tabac. Plus rarement, il est consommé sans tabac ou dans une pipe (12). Entre 5 et 25% du THC consommé ainsi atteint le cerveau. L'effet est obtenu en 30 minutes et s'estompe après 1 à 2 heures⁶. Une dose de 2 à 3

⁶ La durée d'action (quelques heures) est à distinguer de la demi-vie pharmacocinétique. Du THC est retrouvé au niveau salivaire (*crache test*) jusqu'à 12h après consommation - alors qu'il n'y a plus d'effet psychoactif. Par ailleurs, le THC est lipophile et s'accumule dans les tissus adipeux, sa libération depuis ce site de stockage est lente. Le métabolisme des cannabinoïdes se produit dans le foie et l'élimination de ces derniers s'effectue principalement par les selles. Elle se fait également dans une moindre mesure par voie urinaire (+/-20 %). Il est donc possible de détecter des métabolites inactifs dans les urines jusqu'à 4 semaines après la consommation (test de laboratoire des *cannabinoïdes urinaires*).

mg de THC permet d'obtenir une « défonce » chez un utilisateur occasionnel qui, typiquement, partage un joint avec d'autres personnes. C'est un moyen efficace pour obtenir les propriétés psychoactives du produit.

Traditionnellement, le cannabis est aussi ingéré dans des gâteaux, des boissons ou diverses recettes. L'absorption du THC est moins bonne (5 à 10% atteint le cerveau) et la « défonce » se manifeste plus tardivement (60 à 90 minutes). La durée d'intoxication est par contre plus longue (jusqu'à 6 heures).

Il convient de souligner que de nouveaux modes de consommation émergent :

- La vaporisation consiste à chauffer la marijuana pour inhaler les principes actifs sans combustion ;
- La cigarette électronique permet de vapoter des e-liquides contenant du THC ;
- Le « dabbing » est l'inhalation de vapeur de butane hash oil (BHO) qui est un concentré de principe actif ;
- Le Spice est un produit synthétique pulvérisé sur des mélanges d'herbes et consommé ensuite comme de la marijuana.

C. L'effet recherché par le consommateur

Il est nécessaire de préciser que les effets du cannabis dépendent de la dose, du mode de consommation, de l'expérience de l'utilisateur et de la situation subjective dans laquelle ce dernier se trouve (attente vis-à-vis du produit, attitude envers les effets, état d'esprit, environnement dans lequel le cannabis est consommé).

Généralement, le consommateur recherche « la défonce » qui est décrite comme une légère euphorie, une relaxation, des altérations sensorielles incluant une distorsion temporelle et l'intensification d'expériences habituelles (manger, regarder des films, écouter de la musique, faire l'amour). Lorsque le cannabis est consommé à plusieurs, d'autres éléments tels que les fous rires, la discussion et la sociabilité peuvent être rajoutés.

D. Les propriétés psychotropes de la plante

Le cannabis contient plusieurs centaines de composés, dont plus de 70 phytocannabinoïdes – molécules responsables de l'effet psychoactif.

Dans le corps humain, les phyto-cannabinoïdes (THC, CBD...) interagissent avec le système endocannabinoïde. Ils agissent par analogie aux cannabinoïdes endogènes ou influencent leurs activités. C'est par ce biais que sont obtenus les effets sur l'homme.

Le système endocannabinoïde participe à la modulation de la douleur, à la cognition, aux mouvements et aux émotions. Il est composé de :

- Plusieurs récepteurs cannabinoïdes dont les plus connus sont le CB1 et le CB2 ;
- Plusieurs ligands endogènes (2-Arachidonylglycérol (2-AG), Anandamide).

Les récepteurs CB1 sont principalement localisés (mais pas exclusivement) dans le système nerveux central, et sont notamment retrouvés dans le circuit de la récompense – impliqué dans la consommation de drogues. C'est essentiellement par l'activation des récepteurs CB1 par le THC que provient l'effet psychoactif du cannabis.

A l'opposé, les récepteurs CB2 sont plus largement localisés dans le tractus gastro-intestinal et le système immunitaire - donc hors du système nerveux.

Tableau 4. Les trois origines des cannabinoïdes :

- Végétale : phytocannabinoïdes (> 70)
 - o THC : responsable en grande partie des propriétés psychotropes du cannabis via une action sur des récepteurs cérébraux
 - o CBD : isomère non psychoactif du THC. Module l'action du THC. Propriétés médicales intéressantes ?
 - o ...
- Humaine : endocannabinoïdes (agoniste endogènes)
 - o 2-AG
 - o Anandamide
- Synthétique : cannabinoïdes synthétiques
 - o Dronabinol
 - o Nabilone
 - o Nabiximol (Sativex ®)

Le phytocannabinoïde le plus psychoactif est le THC et sa concentration est souvent utilisée comme indicateur de puissance. Pourtant, l'effet psychoactif du cannabis pourrait aussi dépendre des autres phytocannabinoïdes – qui peuvent avoir des effets additifs ou, au contraire, antagonistes. Par exemple, le CBD agit comme un antagoniste au THC et pourrait avoir un effet anxiolytique et antipsychotique. La teneur en THC ne suffit donc pas à interpréter la puissance, l'effet ou encore le risque du cannabis.

Il y a une grande variabilité dans la teneur exacte en de cannabinoïdes dans chaque espèce de cannabis. Les usagers rapportent des effets différents selon l'espèce qu'ils consomment.

E. Vers une élévation la teneur en THC ? (13)

A l'heure actuelle, les produits disponibles sur le marché ont une très grande variation de puissance (0,2 - >50% THC) et l'apparition sur le marché d'espèces plus puissantes est avérée (« super-cannabis » à fort rapport THC/CBD).

On craint que les risques physiques, psychologiques et sociaux du cannabis soient accentués par du cannabis trop fortement dosé. Cependant, la réaction du consommateur confronté à un produit plus fort est inconnue, et les connaissances sur les risques causés

par cette augmentation de puissance manquent cruellement. En effet, si le CBD confirme ses propriétés antipsychotiques, anxiolytiques et modulatrices du THC, il faudra l'ajouter au THC pour interpréter la puissance et le risque d'un produit. Il n'y a pas d'information fiable sur le cannabis couramment consommé et la concentration des autres cannabinoïdes n'est que rarement étudiée.

Il faut également se poser la question de la validité des risques étudiés dans les études passées car les concentrations en principe actif sont très variables. Jusqu'à très récemment, l'étude des risques n'est pas rentrée dans ces détails et s'est contentée d'évaluer l'impact de la « consommation de cannabis ».

Quels sont les risques actuellement avérés par la recherche ?

III. Les Risques de l'usage du cannabis

A. Généralités sur les risques de l'usage du cannabis

1. Les risques du marché noir

Sans compter les risques liés à la criminalité, l'illégalité du produit, et donc sa vente au marché noir, rend impossible un contrôle qualité standardisé. Les produits de coupe, destinés à alourdir ou embellir le produit, et le mode de culture peuvent être responsables d'un risque supplémentaire auprès des consommateurs.

A titre d'exemple, en Allemagne 29 patients se sont présentés aux urgences pour une intoxication au plomb après avoir consommé du cannabis adultéré (14).

Tableau 5. Teneur en THC

Marijuana THC : 0-5% - 5%
(beuh, weed)

Super-cannabis THC: 10 – 30 %
(skunk, sinsemilla)

Haschisch THC : 2% - 20% (jusqu'à 65%)
(Shit)

Huile THC : 15% - 50%

BHO THC : 60-90%

Reste entière la question des risques causés par les contaminants naturels (*aspergillus fumigatus*), les métaux lourds dans les sols, et les traces de pesticides retrouvés dans les plantes (15).

2. Le cannabis, une drogue « gateway » ? (5) (2)

La théorie de la porte d'entrée (ou « *gateway theory* ») établit un lien entre la consommation de cannabis et celle d'autres drogues.

Cette théorie repose sur trois principes :

- 1- La temporalité : la consommation initiale de cannabis précède la consommation d'autres drogues.
- 2- L'association de commencement : commencer à consommer du cannabis augmente le risque de consommer une autre drogue.
- 3- La causalité : l'usage du cannabis est la cause de l'usage d'une autre drogue.

Les premier et second principes sont vérifiés. D'ailleurs, plus l'usage du cannabis est précoce, plus le risque d'essayer d'autres drogues est élevé.

Par contre, le principe reposant sur la causalité n'a pas été établi.

Trois hypothèses peuvent expliquer les principes de séquençage et d'association de commencement :

- a. Le recours au marché noir expose à des « opportunités » de consommer d'autres drogues. Cette hypothèse est vérifiée.
- b. Le jeune consommateur est plus propice (prise de risque, recherche de sensation) à utiliser d'autres drogues indépendamment du cannabis. Cette hypothèse est supportée par certaines études.
- c. Le cannabis, par ses effets intrinsèques, augmente l'attrait pour d'autres drogues. L'action commune des drogues sur le circuit de la récompense, les interactions entre le système cérébral cannabinoïde et le système opioïde et les études sur les animaux soutiennent partiellement cette hypothèse.

Entre des susceptibilités individuelles, un statut illégal induisant de fait des interactions sociales avec d'autres consommateurs et le marché noir, et de nombreux facteurs confondants, il est difficile d'incriminer le cannabis comme seul responsable de l'association entre sa consommation et d'autres addictions. Pour conclure, la question de la « *gateway theory* » reste ouverte.

3. La dépendance (16)

Auparavant mise en doute, l'existence d'une dépendance au cannabis est aujourd'hui acceptée. La question de la dépendance à une substance est importante car, le risque de complications est plus important si un individu ne peut pas contrôler sa consommation. Il lui sera plus difficile de cesser sa consommation et, comme il sera évoqué ultérieurement, la survenue de la plupart des effets néfastes du cannabis augmente avec la fréquence et de la durée de l'usage. Le patient dépendant est aussi plus enclin à agir de façon risquée, par exemple en conduisant sous l'influence de la drogue.

Par conséquent, le patient dépendant court un risque particulièrement élevé - surtout s'il est une des catégories à risques qui seront envisagées plus tard.

a) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

En 2013, le DSM-V a mis à jour le chapitre relatif aux addictions (17). Les notions d'abus et de dépendance sont supprimées au profit d'un concept unique de « *trouble de l'usage d'une substance* » (TUS) censé mieux représenter le continuum des présentations cliniques. En effet, la suppression de la dichotomie abus / dépendance permet de se rapprocher du concept unique de continuum entre « *l'usage* » reconnu de fait, et son pendant pathologique « *le trouble de l'usage* » initié par une phase prodromique.

Le « *trouble de l'usage d'une substance* » est l'« *utilisation inadaptée d'une substance conduisant à une dégradation ou à une détresse cliniquement significative* » et « *la présence, au cours d'une période d'un an, d'au moins deux des onze critères* » (référéncés en annexe VII.A p. 49).

Le DSM-V reconnaît l'existence d'un syndrome de sevrage cannabique.

Il convient de rappeler que, comme pour les autres substances, le risque de dépendance au cannabis dépend de nombreux facteurs (sociodémographiques, environnementaux, susceptibilité neurocognitive individuelle...).

b) *Quelques chiffres de la dépendance*

Comparativement à d'autres substances, le cannabis est moins susceptible de causer une dépendance. Pour autant, il constitue une des problématiques d'addiction les plus fréquentes, après le tabac et l'alcool. En effet, il est largement répandu et utilisé, sa teneur en principe actif augmente (?) et l'âge d'initiation diminue.

Il a été estimé qu'entre 4 à 8 % de la population a été dépendante au cannabis à une période de sa vie. La dépendance affecte chaque année 1 à 2% des adultes (16).

Selon les critères « perte de contrôle de la consommation » et « difficulté à réduire l'usage malgré les conséquences néfastes de l'utilisation », la seule

estimation du risque de dépendance a été faite au début des années 90 aux Etats Unis. Le risque était :

- De 9% pour toute personne qui consomme une fois du cannabis
- Environ 15% si l'usage commence à l'adolescence
- Entre 25 et 50% pour les consommateurs quotidiens

10 % de ceux qui consomment du cannabis deviennent des utilisateurs quotidiens et 20 à 30% deviennent des utilisateurs hebdomadaires.

Ces dernières années, les demandes d'aide pour arrêter la consommation ont augmenté en Europe mais également aux Etats Unis et en Australie. La pression judiciaire ou parentale ne peut pas expliquer à elle seule cette augmentation. En effet, le nombre de demandes d'aide a aussi augmenté au Pays-Bas où le cannabis peut être obtenu et consommé légalement depuis plus de 40 ans.

c) Le sevrage

Les preuves de l'existence d'un syndrome de sevrage se sont renforcées dernièrement suite à l'observation en laboratoire d'une tolérance au THC et face aux plaintes des consommateurs qui cherchent à arrêter la consommation.

Tableau 6. Risque comparé de développer une dépendance après une utilisation (12)

- *Nicotine 32%*
- *Héroïne 23%*
- *Cocaïne 17%*
- *Alcool 15%*
- *Stimulant 11%*
- ***Cannabis 9%***

C'est principalement à travers les travaux d'Alan J. Budney qu'est connu le syndrome de sevrage au cannabis.

Moins prononcé que pour l'alcool, l'héroïne ou la cocaïne, le syndrome de sevrage au cannabis donne lieu à des perturbations significatives émotionnelles et comportementales dont la durée et l'intensité se rapprochent de celle du tabac.

Il débute à J1-J3 d'abstinence, atteint son pic entre les 2^{ème} et 6^{ème} jours, et dure généralement entre 4 jours et 2 semaines (jusqu'à 3 semaines) (18).

Tableau 7. Symptômes du sevrage proposé par AJ Budney, ensuite repris dans le DSM-V :

Fréquent :

- Diminution de l'appétit / perte de poids
- Irritabilité
- Colère / agressivité
- Nervosité / anxiété
- Agitation
- Trouble du sommeil et perturbation des rêves

Moins fréquent :

- Humeur dépressive
- Douleur gastrique ou physique
- Frissons
- Tremblement
- Sueur

Les patients qui expérimentent un syndrome de sevrage signalent que ces problèmes impactent négativement leur tentative d'arrêt et augmentent leur tendance à consommer à nouveau du cannabis ou d'autres drogues pour se soulager (notamment l'alcool).

Parce qu'il n'implique pas de conséquence psychiatrique ou médicale majeure, le syndrome de sevrage au cannabis est considéré comme doux (comparé à l'alcool et à l'héroïne). Cependant, l'intensité des symptômes est suffisante pour altérer le fonctionnement quotidien.

Même s'il a été démontré que la prise orale de THC (Sativex) abolit les symptômes, il n'y a pas actuellement de médicament spécifique accessible en première ligne pour répondre au syndrome de sevrage, ni soutenir l'abstinence. La recherche sur ces points est encore active.

4. Le syndrome amotivationnel

Controversé depuis plus de 40 ans, ce syndrome est présenté comme la persistance au long cours de symptômes cognitifs en dehors de l'intoxication. Les gros consommateurs seraient apathiques et inefficaces. Ils auraient des difficultés à planifier au long terme, à gérer la frustration, à se concentrer ou à s'adapter.

Or, en dehors de la période d'intoxication elle-même, ces caractéristiques ne sont pas retrouvées dans les études (19). Si ce syndrome venait à être reconnu, il conviendrait donc de l'interpréter comme une conséquence à moyen terme d'une intoxication quotidiennement renouvelée.

5. Les effets du cannabis sur le cerveau et la cognition

Concernant les effets aigus, dans les heures suivant l'administration des changements transitoires du fonctionnement cérébral induit par la consommation de cannabis sont observés au PET-Scan cérébral et à l'EEG (5).

Les études révèlent également une altération de la capacité d'attention et de la concentration. La mémoire de travail (capacité de manipuler des informations et de les garder en mémoire pour une brève durée) est affectée (20). Cela pose un problème en période d'apprentissage scolaire ou d'acquisition de compétence, et lors de la conduite ou d'utilisation de machine-outil. A noter que les preuves de détérioration de l'attention et de la concentration sont plus fortes chez les utilisateurs moins expérimentés que ceux ayant établie une certaine tolérance. Chez ces derniers, l'attention et la concentration sont parfois plus affectées par l'abstinence que par l'intoxication.

Lors d'un usage chronique, des modifications de structure *a priori* dose-dépendantes ont été observées (21). Cependant, la consommation d'autres drogues, notamment l'alcool, et les composantes héréditaires, qui pourraient aussi expliquer ces modifications, n'ont pas été exclues.

Pendant l'adolescence, la plasticité du cerveau fait craindre un impact du cannabis sur son développement (4). En effet, certaines études ont montré des différences structurelles spécifiques entre les adolescents consommateurs et non consommateurs. La stimulation excessive des récepteurs cannabinoïdes cérébraux est suspectée d'altérer la mise en place normale des connexions synaptiques avec notamment des observations de zones moins denses en connexion et en activités.

Les conséquences cognitives d'un usage chronique restent à ce jour peu claires et davantage d'études sont nécessaires. Certaines études semblent indiquer des troubles cognitifs subtils (attention, mémoire) chez les consommateurs quotidiens de longues dates (20) (5). Enfin et surtout, en cas d'arrêt de consommation, l'existence de troubles cognitifs secondaires à un effet neurotoxique permanent n'a pas été démontré.

6. Adolescent consommateur et quotient intellectuel.

En 2012, Meier *et al.* publient les résultats d'une étude prospective dans laquelle 1037 individus ont été suivis de leur naissance jusqu'à l'âge de 38 ans. Leurs conclusions sont claires : si la consommation de cannabis débute à l'adolescence, le QI décline de manière prononcée. Si la

consommation est régulière, ce déclin est encore plus prononcé (QI inférieur à 70% du groupe). Pour les adultes ayant une consommation occasionnelle, les résultats ne montrent pas de modification. Les auteurs en déduisent donc une action neurotoxique du cannabis sur le cerveau en développement (22). Néanmoins, il convient de relever que leurs conclusions ont été attaquées. En effet, leur étude reposait sur un trop faible nombre de participants et les facteurs de confusions du milieu socio-économique et de personnalités individuelles n'ont pas été pris en compte. La baisse de QI pouvait donc s'expliquer autrement. Dès lors, le lien causal n'est pas démontré.

D'ailleurs, deux autres études réalisées avec un nombre plus important de participants et une analyse stratifiée sur les facteurs de confusion n'ont pas trouvé de diminution du QI chez les jeunes consommateurs. Cependant, ces études ont arrêté le suivi plus tôt (23) (24).

7. Impact psychosocial de la consommation

Bien qu'étudié, l'impact réel du cannabis sur le versant psychosocial de la vie du consommateur est mal connu. Les preuves que le cannabis soit responsable d'une faible réussite scolaire et favorise le chômage et/ou un faible revenu sont limitées. La relation entre la consommation et les préjudices psychosociaux est probablement multifactorielle ce qui explique l'inconsistance des résultats obtenus.

Pour les adolescents, les études longitudinales montrent une relation entre consommation précoce de cannabis et décrochage scolaire. Pourtant, le fait que la consommation de cannabis soit la cause ou la conséquence du décrochage scolaire n'est pas encore élucidé. En outre, les facteurs génétiques et environnementaux ne semblent pas vouloir se faire oublier (25).

Tableau 8. Explication actuellement admise de la relation entre consommation de cannabis et décrochage scolaire :

- Risques préexistants plus importants
- Effets de la consommation sur les performances cognitives
- Affiliation à des camarades en décrochage
- Désir plus important de transition rapide vers la vie d'adulte en quittant l'école

Enfin, les consommateurs adolescents qui décrochent sont plus susceptibles d'avoir des difficultés à trouver du travail et d'être moins satisfaits de leur existence lorsqu'ils entrent dans la vie active (5).

Concernant les adultes, les consommateurs de cannabis sont généralement moins satisfaits et rapportent une qualité de vie moins bonne que la population générale (26).

8. Accident de la route

La consommation de cannabis, même à faible dose, entrave certaines facultés essentielles à la conduite d'un véhicule. En effet, les difficultés cognitives et le ralentissement psychomoteur sont doses-dépendants et sont déjà présents lorsque de faibles doses sont consommées.

Les anciennes études épidémiologiques réalisées sur le sujet obtenaient des résultats hétérogènes et insuffisamment consistants pour prouver que la consommation de cannabis augmentait le risque d'accident de la route.

En 2005, l'étude française Stupéfiant et Accident Mortel (SAM), étude cas-contrôle à large échelle, est publiée (28) et affirme une relation causale entre la consommation de cannabis et le risque d'accident mortel de la route. Conduire après avoir consommé du cannabis double quasiment ce risque. Le risque d'accident est dose dépendant et persiste après contrôle des facteurs confondants tels que le taux d'alcool, l'âge et l'heure de l'accident.

Cette étude compare également le cannabis à l'alcool afin de déterminer la part attribuable de chacun dans les problématiques de sécurité routière

Tableau 9 : Ralentissement psychomoteur (27) : les effets du cannabis sur la motricité sont similaires à ceux de l'alcool et des benzodiazépines et comprennent un allongement du temps de réaction, des difficultés de coordinations motrices, et des difficultés d'exécutions.

Tableau 10 : Accidentologie de la conduite sous cannabis :

- Temps de réaction allongé lors des situations d'urgence
- Prise de risque moindre comparé à l'alcool
- Conscience des effets du cannabis et compensation par des stratégies comportementales (29)

NB : L'utilisation combinée d'alcool empêche ces stratégies et additionne les effets sur la cognition et les fonctions motrices.

	Cannabis	Alcool
% des accidents mortels attribuables à la consommation	2,5%	29%
Odd Ratio selon la dose	1,57 - 2,12	2,70 - 39,6
Odd Ratio toute dose	1,78 (IC 95% 1,4-2,25)	8,51 (IC 7,15 - 10,1)

Les chiffres de l'étude permettent aussi de constater qu'un taux d'alcoolémie positif mais inférieur à 0,5g/l (taux légal) expose à un risque mortel supérieur au cannabis quelle que soit la dose.

Le risque est cependant bien présent et l'étude conclut que le défi politique serait de définir le taux sanguin limite de THC définissant une impossibilité à conduire.

B. Détails des risques par système

Définition de l'usage régulier du cannabis : généralement, les études distinguent les risques d'un « usage occasionnel » d'un « usage régulier » ou « intensif » du cannabis. Pour autant, il n'y a pas de consensus sur les critères permettant de classer les consommateurs dans ces différentes catégories.

Un usage régulier ou intensif est défini comme un usage quotidien ou quasi-quotidien depuis plusieurs années. Un utilisateur régulier fumerait jusqu'à 3 à 5 joints par jour.

L'usage occasionnel correspond, par déduction, aux utilisations moindres.

1. Les risques physiques

Moins souvent évoquées que les conséquences neuro-psychiatriques du cannabis, des complications touchent également la sphère physique.

a) *Effets indésirables, surdose et toxicité*

Le cannabis expose à des effets indésirables généralement tolérables et globalement similaires à ceux de certains médicaments.

Si la consommation d'une dose excessive de cannabis prédispose à l'apparition d'effets désagréables, la littérature médicale ne relate pas d'overdose fatale au cannabis. La dose létale de THC pour un rongeur est très élevée, et l'extrapolation chez l'humain (une consommation entre 15 et 70g de THC) montre qu'il est impossible de consommer suffisamment, y compris pour un très gros consommateur (12).

Cependant, il existe de nombreux cas d'empoisonnement au cannabis chez des enfants par ingestion involontaire, et des cas fatals ont été rapportés. Les symptômes sont une altération de la conscience, une hypotonie, une agitation et une dilatation pupillaire.

Tableau 11 : Effets indésirables :

- Sédation
- Étourdissements,
- Maladresse
- Assèchement de la bouche
- Altération transitoire des fonctions sensorielles et perceptives
- Augmentation de la fréquence cardiaque
- Baisse de la tension artérielle
- Allergie
- Irritation des voies respiratoires

b) Les risques respiratoires (2) (30)

Les consommateurs qui fument le cannabis prennent de plus grandes bouffées, inhalent plus profondément la fumée dans leurs poumons et bloquent leur respiration environ 4x plus longtemps que les fumeurs de tabac. Cette manière de fumer est responsable d'un dépôt 4x plus important de goudron dans les voies respiratoires inférieures.

Les cannabinoïdes sont bronchodilatateurs mais l'inhalation des produits de combustion peut être responsable de crise d'asthme, bronchoconstriction, toux et irritations des voies respiratoires.

Fumer régulièrement du cannabis est responsable de lésions macroscopiques et microscopiques des voies respiratoires, associé à un risque augmenté de symptômes de bronchites chroniques, résolutifs à l'arrêt de la consommation. Le risque de BPCO semble également augmenter mais n'est pas significatif à dose

Tableau 12 : Effets avérés au niveau pulmonaires :

- Toux chronique
- Production de mucus
- Symptôme de bronchite
- Inflammation des voies respiratoires

modérée. De plus, malgré la perte de la clairance muco-ciliaire et l'altération de la fonction des macrophages alvéolaires, un risque augmenté d'infection des voies respiratoires inférieures n'est pas formellement démontré.

L'utilisation de cannabis seul n'est pas responsable de modifications cliniquement significatives lors d'une spirométrie.

Un certain nombre de rapports de cas font référence à des cas de pneumothorax / pneumomédiastin ou d'emphysème bulleux mais le rôle du cannabis n'est pas établi-

La comparaison cannabis seul *versus* cannabis et tabac *versus* tabac seul montre moins ou autant de conséquences pour les groupes fumant du cannabis. L'idée d'une synergie entre la fumée du tabac et du cannabis n'est à ce jour pas démontrée.

Indépendamment de la combustion, une activité immunosuppressive du THC et d'autres cannabinoïdes sur les macrophages alvéolaires est suspectée (infections opportunistes). Il n'y a pas de conséquences cliniques identifiées.

❖ Cancer respiratoire ?

En laboratoire, le THC et les autres cannabinoïdes n'ont pas montré de potentiel oncogène. Par contre, la fumée d'un joint de cannabis, comparée à une cigarette sans filtre, contient 50% de plus de benzopyrene et 75% de plus de benzanthracene qui sont des carcinogènes connus. D'autres carcinogènes et cocarcinogènes présents dans la fumée du tabac sont également

retrouvés (phénols, nitrosamine, ROS...). La façon de fumer un joint expose d'autant plus à ces molécules.

L'analyse histologique et immunohistochimique retrouve des atypies et des modifications précancéreuses. Pourtant, il n'y a pas d'études fiables qui démontre une augmentation de l'incidence des cancers. Les résultats sont très hétérogènes comme en atteste une méta-analyse de 2015 qui ne montre pas d'association statistiquement significative entre cannabis et cancer bronchique (31).

En résumé, dans l'incertitude actuelle, le risque de cancer des voies respiratoires supérieures et inférieures ne semble pas augmenter en cas d'usage occasionnel ou modéré, mais pourrait être augmenté chez les gros consommateurs de longue date.

A l'heure actuelle, l'ensemble des données sur les conséquences du cannabis fumé (même en cas d'usage lourd) au niveau des voies respiratoires, le placerait comme risqué. Pour autant, ces conclusions pourraient changer et, étant donné que le cannabis est souvent consommé avec du tabac, il faut retenir que ces deux produits entraînent des phénomènes inflammatoires des voies respiratoires et doivent faire craindre des complications.

c) Les risques cardio-vasculaires

Le cannabis et le THC induisent une tachycardie transitoire dose-dépendante. La tension couchée augmente, l'hypotension orthostatique n'est pas rare. Ces effets sont anecdotiques chez les jeunes en bonne santé, d'autant plus qu'une tolérance variable s'installe en cas de consommation régulière.

Chez les patients souffrant d'angine de poitrine, la consommation peut être suffisante pour induire une crise d'angor. L'effort déclenchant l'angine est diminué temporairement par deux après avoir consommé un joint (diminué d'un quart pour une cigarette de nicotine).

La survenue de troubles du rythme cliniquement significatifs est limitée à quelques cas isolés. Le risque d'infarctus du myocarde (IDM) est plus inquiétant. L'interrogation de 3882 patients ayant survécu à un infarctus a permis d'identifier le cannabis comme élément déclencheur suffisant : il multiplie par 4,8 le risque d'IDM dans l'heure suivant la consommation (32). Cette augmentation du risque peut essentiellement poser problème chez les coronariens ou dans la population à haut risque cardio-vasculaire. Après l'heure concernée, le risque diminue rapidement et n'est plus significatif. Ces malades étaient généralement des hommes, des obèses et des consommateurs de tabac. Ils étaient moins sujets à de l'hypertension ou à souffrir

d'angine de poitrine. A titre de comparaison, la cocaïne multiplie par 24 le risque d'IDM dans l'heure suivant la consommation.

Le mécanisme responsable de l'ischémie (spasme, thrombose ou dissection) n'est pas clair : effets directs des cannabinoïdes, effets indirects de composants vaso-actifs, changement hémodynamique...

Parmi ces patients, 1913 furent suivis pendant 3,8 ans supplémentaire (33). Moins puissante, cette nouvelle étude indique néanmoins que fumer du cannabis plus d'une fois par semaine multiplie par 4,2 la mortalité dans cette population. Pour conclure, si le cannabis n'est pas associé à la mortalité dans d'autres populations, les personnes ayant survécu à un premier infarctus semble courir un risque particulier.

A noter un certain nombre de rapports de cas d'infarctus, d'AVC et d'AIT notamment chez des patients jeunes sans aucun antécédent (34), et des troubles vasculaires type artériopathie distale sévère. Les preuves pour isoler le cannabis comme facteurs de risque indépendant manquent (35).

d) Les risques gastro-intestinaux et hépatiques

Le cannabis, surtout s'il est ingéré, peut être temporairement responsable de troubles digestifs (crampes, troubles du transit, nausées...) (2).

(1) Syndrome d'hyperémèse cannabinoïde (36)

Mal compris et décrit ponctuellement depuis une quinzaine d'années, ce syndrome s'observe chez les gros consommateurs quotidiens. Il comporte des épisodes cycliques de vomissements incoercibles accompagnés de douleurs abdominales. Généralement, les patients se soulagent de façon compulsive par une douche ou un bain chaud. L'épisode se normalise en environ 2-3 jours.

A l'heure actuelle il s'agit d'un diagnostic d'exclusion et le traitement des formes simples consiste en une hydratation, la prescription d'antiémétiques et l'arrêt du cannabis.

(2) Pancréatite aigue

Bien que la majorité des pancréatites secondaires à des drogues soit liées à la consommation d'alcool, de rares cas sont attribués au cannabis sans certitude.

(3) Fibrose hépatique en cas d'hépatite C

Le système endocannabinoïde est associé aux maladies chroniques du foie. En cas d'hépatite C chronique, un lien a été établi entre consommation quotidienne de cannabis et fibrose hépatique

modérée à grave. La consommation de cannabis pourrait faire progresser la fibrose plus rapidement (37).

Les patients atteints d'hépatite C chronique ne devraient pas consommer de cannabis.

e) La question de l'impact du cannabis sur l'immunité

Le rôle du système endocannabinoïde dans l'immunité est complexe et les effets de la consommation de cannabis sur le système immunitaire sont mal connus.

En cas de consommation, il n'y a pas plus de risques de séroconversion HIV, de progression vers le SIDA chez les séropositifs, ni de développement d'infection opportuniste (38).

En cas d'immunodépression, un risque plus élevé d'infection opportuniste associé au matériel végétal du cannabis peut être craint mais les rapports de cas sont rares.

f) Réactions allergiques aux cannabis

Il est difficile de faire la part des choses entre une allergie due à un allergène présent dans le cannabis (protéine CAN S 3 ?) ou un contaminant (acariens, produits de coupes...) (39). Quoiqu'il en soit, les allergies au cannabis sont considérées comme rares mais peuvent se présenter par de l'urticaire, du wheezing, un angioedème, jusqu'à l'anaphylaxie (40).

2. Les risques psychiatriques

a) Le « Bad-trip » : un ressenti désagréable de l'intoxication

Les effets psychotropes du cannabis peuvent être mal supportés. Anxiété, dysphorie, paranoïa, panique, sensation de perte de contrôle, le « bad-trip » est un épisode aigu et bref d'anxiété semblable à une crise de panique. Appelé aussi « flip », il concerne plutôt les premières consommations, et est favorisé par la consommation d'une dose importante ou plus élevée qu'à l'accoutumé. Il est également favorisé par la consommation dans un environnement nouveau ou stressant (12). Le lien entre un tel épisode et un trouble panique ou une anxiété généralisée est parfois décrit mais il n'a pas été établi (41).

Ce trouble aigu est probablement assez fréquent (20-30%).

b) Les complications aiguës psychiatriques

Des études expérimentales, des enquêtes auprès d'utilisateurs et des cas rapportés relatent que la consommation de cannabis peut aussi être source de confusion aiguë. La personne concernée perd complètement ou partiellement son orientation, sa mémoire et son identité. Le risque principal est une action inadaptée à l'environnement mettant ainsi le consommateur en danger. Des symptômes psychotiques peuvent s'ajouter et dominer le tableau (42), plus

particulièrement en cas d'antécédents personnels ou familiaux d'affections psychotiques (12). L'évolution de ces épisodes est mal connue.

La dose consommée et l'histoire des consommateurs sont considérées comme déterminantes. Parfois, la sensation d'irréalité (qui est une caractéristique habituelle de l'intoxication) peut dominer l'expérience du consommateur. On parle, selon les cas, de « dépersonnalisation » ou « déréalisation ». Classiquement, l'épisode se normalise après l'intoxication. Cependant, certains cas se prolongent exceptionnellement (43).

La plupart des complications aiguës susceptibles de se présenter aux urgences (crise de panique, psychose...) peuvent être gérées à l'aide de mesures conservatrices (rassurance du patient dans un milieu calme, éventuellement benzodiazépine).

c) Théories sur la relation cannabis – troubles psychiatriques chroniques

Quatre types d'interactions entre le cannabis et la maladie mentale sont généralement envisagées :

1. Le cannabis exerce une influence propre et indépendante qui cause ou contribue à l'origine de la maladie.
2. Le cannabis précipite la maladie chez des personnes susceptibles de développer la maladie.
3. La maladie mentale déjà installée ou prodromique encourage l'individu à consommer du cannabis (automédication, acceptation sociale...).
4. Hypothèse causale commune : des facteurs sous-jacents (psychosociaux, génétiques...) prédisposent à la fois à la maladie et à la consommation.

Les études randomisées contrôlées (*RCT*) sur le cannabis à visée médicale réalisées par l'industrie pharmaceutique ne peuvent pas apporter de réponse du fait des différences importantes entre les produits utilisés (composition) et leurs modes d'administration comparé à un usage récréationnel. De plus ces *RCT* sont habituellement de courte durée.

La plupart des études concernant une consommation récréationnelle sont biaisées par des facteurs confondants et par de nombreuses imprécisions.

d) Les pathologies psychotiques chroniques

Si l'intoxication peut être responsable de troubles psychotiques transitoires, l'usage régulier de cannabis est associé à un risque majoré de pathologies psychotiques chroniques (5).

50465 hommes suédois furent suivis pendant 15 ans (44). Ceux ayant consommés du cannabis avant l'âge de 18 ans était 2,4 fois plus susceptibles d'être diagnostiqués schizophrènes que les non consommateurs. Le risque est dose-dépendant et persiste après ajustement de certains

facteurs confondants. Cependant, certaines incertitudes persistaient : 1) l'usage d'autres drogues n'avait pas été éliminé, 2) des traits pré-morbides précédant l'usage de drogues auraient pu prédisposer au développement de la maladie et 3) l'usage du cannabis aurait pu être secondaire à la présence d'une schizophrénie déjà installée, comme automédication.

Par conséquent, d'autres éléments d'analyse furent ajoutés, les facteurs confondants corrigés et la même cohorte fut suivie pendant 12 ans supplémentaires afin d'exclure ces incertitudes (45).

Les conclusions confirment une association dose-dépendante. Ces résultats furent confirmés dans des études longitudinales réalisées aux Pays-Bas, en Allemagne et en Nouvelle-Zélande. Toutes ces études furent intégrées à une meta-analyse (42) et l'OR de psychose est de 1,4 (IC 95% 1,20-1,65) pour ceux ayant consommé du cannabis. Le risque est plus élevé parmi les utilisateurs réguliers (OR 2,09, IC 95% 1,54-2,84). La vulnérabilité particulière des jeunes consommateurs a été étudiée et confirmée dans des cohortes spécifiques (46).

A l'heure actuelle, le risque de développer une psychose en cas de consommation de cannabis est considéré comme dose-dépendant, âge-dépendant et gène-dépendant.

Néanmoins, la possibilité que les associations décrites soient le résultat de facteurs confondant ou de biais ne peut pas être définitivement écartée et ne semble pas pouvoir être résolue. L'hypothèse causale commune est difficile à écarter. Plus généralement, l'augmentation de la consommation de cannabis n'a pas été suivie d'une augmentation de l'incidence de la psychose (47).

(1) La question génétique

En cas d'antécédents familiaux de psychose, le risque individuel est majoré.

Un certain nombre d'études ont analysé l'interaction entre la consommation de cannabis et certaines mutations génétiques (gène COMT, gène AKT 1, gène BDNF) impliquées dans la schizophrénie. Sans entrer dans les détails, ces études concluent généralement que l'interaction entre les mutations susceptibles et la consommation de cannabis peut précipiter l'émergence d'une psychose.

Par conséquent, que le cannabis interagisse avec le terrain génétique et/ou qu'il soit suffisant pour induire une psychose, et parce que l'interaction des risques est complexe, il conviendrait *a priori* de dissuader l'usage de cannabis à des fins récréatives ou médicales en cas d'antécédents personnels ou familiaux de maladies psychotiques.

(2) La question de l'espèce et des super-cannabis

Une étude a mis en évidence un risque de psychose plus prononcé lors de l'usage de cannabis très fortement dosé en THC et faiblement dosé en CBD (supercannabis, skunk-like). Pour une consommation quotidienne, en comparaison les super-cannabis multiplient par 1,78 le risque de psychose par rapport à du cannabis classique (48).

Dans le même temps, les recherches sur le CBD suggèrent un effet modulateur lors de la consommation (IRM fonctionnelle du cerveau) mais les connaissances sont insuffisantes pour affirmer son effet antipsychotique.

(3) Comment le cannabis influence la schizophrénie

Les patients psychotiques consomment fréquemment du cannabis (4). Quel que soit le but recherché et le ressenti du patient psychotique, la consommation de cannabis n'a pas mis en évidence d'amélioration cognitive objective (49). Un jeune ayant des symptômes prodromiques et qui consomme du cannabis accélère la survenue de la première crise psychotique (50).

Peu d'études se penchent sur le décours de la maladie combiné au cannabis. Elles montrent une tendance à la péjoration avec plus d'hospitalisations, des symptômes positifs plus importants et une moins bonne réponse aux neuroleptiques (51).

Pour conclure sur la question des psychoses, même si la consommation de cannabis augmente le risque de psychose, il ne s'agit que d'un facteur parmi un ensemble d'autres facteurs contributifs. En effet, le développement de psychose parmi les consommateurs de cannabis semble impliquer une association complexe de facteurs génétiques, moléculaires, et environnementaux. Un usage plus important, des espèces plus fortes et une exposition à un âge plus jeune peuvent affecter négativement le décours de la maladie. A noter que la plupart des consommateurs ne développe pas de psychose.

e) La dépression

Le cannabis (le THC particulièrement) consommé au long cours est suspecté de modifier la quantité de certains neurotransmetteurs (dont la sérotonine) et par conséquent provoquer des symptômes dépressifs. Il pourrait également contribuer à la survenue d'évènements négatifs dans la vie d'une personne (par exemple le décrochage scolaire causant une difficulté à trouver un emploi) et par conséquent entraîner une dépression. Inversement, des évènements difficiles pourraient favoriser à la fois la consommation de cannabis et la survenue d'une dépression.

En effet, l'utilisation régulière de cannabis est associée à un risque plus élevé d'anxiété et de dépression. Cependant, la causalité n'est pas établie. Les études sur lien entre cannabis et dépression sont souvent faibles et contradictoires, et si certaines études démontrent une relation dose-dépendante, cette dernière disparaît après ajustement de facteurs confondants.

Dans ce sens, une méta-analyse de 2007 de ces études rapporte une association entre la consommation de cannabis et la dépression (OR 1,49, IC 95% 1,15-1,94) mais les auteurs précisent que les études concernées n'ont pas été contrôlées pour les facteurs confondants et n'ont pas exclu la possibilité que le patient dépressif soit davantage sujet à la consommation de cannabis (42). Depuis cette méta-analyse, de nouvelles études continuent de sortir mais leurs contenus restent hétérogènes et les résultats contradictoires (52).

❖ Les effets du cannabis sur le décours de la dépression

L'hypothèse que le cannabis péjore le décours de la dépression n'est pas confirmée par les études. Il n'y a pas de preuve d'amélioration non plus : une éventuelle automédication n'a pas montré d'efficacité.

Tableau 13 : Etude sur 2348 patient dépressifs (53) - impact du cannabis sur la dépression après ajustement des facteurs confondants et prise en compte du niveau initial des symptômes :

Non modifié	Exacerbé / aggravé
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Durée de la maladie (rémission) ➤ Comportement suicidaire ➤ Qualité de vie ➤ « Fonctionnement » psychosocial 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Anhédonie (présent dans la dépression et induit par le cannabis en tant que tel) ➤ Changement de poids ? (Plus de recherches souhaitées) ➤ Hypersomnie ou insomnie (cannabis comme automédication ou induit par la consommation ?)

Limitations : patients majeurs, problème d'anonymité (sous-évaluation ? prévalence consommateur moindre que dans la population générale), durée de suivi d'uniquement 3 ans ce qui ne permet pas d'évaluer les rechutes au long terme.

Conclusion : pas d'impact négatif clair de l'usage de cannabis, y compris en cas de trouble de l'usage, en termes de rémission.

f) Le trouble bipolaire

Les patients diagnostiqués bipolaire ont tendance à consommer plus de cannabis que la population générale.

Plusieurs études se sont penchées sur la question de l'émergence d'un trouble bipolaire causée par le cannabis ; mais leurs puissance et nombre étaient trop faibles pour conclure. Par contre,

les résultats préliminaires d'une méta-analyse suggèrent que la consommation de cannabis pourrait augmenter le risque d'être diagnostiqué bipolaire (54).

Par ailleurs, l'hypothèse parfois envisagée d'une automédication ou d'un effet bénéfique du cannabis sur la maladie n'a pas été confirmée dans les études réalisées à ce sujet. *A contrario*, la consommation de cannabis est suspectée d'aggraver le décours de la maladie. L'impact du cannabis sur le trouble bipolaire ne semble pas s'expliquer par les effets aigus mais plutôt par une exposition prolongée (55).

A priori, il conviendrait donc de décourager l'usage de cannabis chez les patients diagnostiqués bipolaires.

g) Idéations suicidaires, tentative de suicide et suicide

Si le résultat de certaines études est interpellant, une méta-analyse récente (56) conclut qu'il n'y a pas de preuve, à l'heure actuelle, que l'intoxication au cannabis puisse augmenter le risque de suicidali⁷. En effet, les résultats d'études associant un usage chronique du cannabis à un risque plus élevé de suicidali⁷ doivent être tempérés par un manque d'homogénéité et parfois même par l'absence d'ajustement des facteurs de risques connus (tentative de suicide précédente, idéations suicidaires précédant la consommation...). En outre, peu d'études ont exclu une causalité inversée (fumer du cannabis car suicidali⁷).

Tableau 14 : Résultats de la méta-analyse :

Idéation suicidaire si usage chronique	OR : 1.43 (1.13–1.83)
TS si usage chronique	OR : 2.23 (1.24–4.00)
TS si usage chronique lourd	OR=3.20 (1.72–5.94)
Mort par suicide si usage chronique	OR 2,56 (1.25–5.27)

Finalement, pour le médecin généraliste il n'est pas facile de savoir s'il doit considérer le cannabis comme un signal d'alarme facilement identifiable, un facteur de risque indépendant ou encore un facteur de risque agissant en synergie avec d'autres facteurs. Par principe de précaution, il est possible de suggérer qu'un gros consommateur de cannabis qui demande de l'aide ou cherche un traitement peut présenter un risque suicidaire préexistant élevé.

⁷ Suicidali⁷ : tempérament suicidaire définie comme l'ensemble des idées suicidaires, tentatives de suicide et morts par suicide.

3. Le cannabis et la reproduction

Le système endocannabinoïde interagit avec les hormones sexuelles (57) sans conséquences identifiées à ce jour. La baisse décrite du niveau de testostérone lié à la consommation n'est pas retrouvée dans toutes les études.

En termes de relation sexuelle, les effets déclarés semblent positifs chez les femmes et les hommes à petite dose et sont liés aux propriétés psychoactives (augmentation de la perception tactile, relaxation, désinhibition, ralentissement de la perception temporelle). A haute dose les effets s'inversent. Chez les adolescents, l'usage du cannabis pourrait être associé à des comportements à risques (58).

Les effets du THC et du tabac sur le sperme et sur la fécondité, étudiés in-vivo et in-vitro, pourraient nuire aux hommes et aux femmes déjà au bord de l'infertilité.

Enfin, trois études cas-témoins ont montré une association entre consommation et cancer testiculaire germinale non-séminomateux (59) (60) (61). Il n'y a pas de causalité reconnue à l'heure actuelle.

a) *Cannabis et grossesse (62) (63)*

Pour certains obstétriciens, la grossesse chez une femme consommant une ou plusieurs substances potentiellement addictives, quelles qu'elles soient, est une grossesse à risque.

Les conséquences de l'usage du cannabis durant la grossesse sont difficiles à étudier du fait notamment de l'illégalité du produit et des enjeux éthiques. Le passage transplacentaire du THC est documenté mais encore une fois, les résultats des études sur les conséquences sont hétérogènes.

Pour la mère, seul est suspecté un risque d'anémie plus important.

Concernant la tératogénicité, si certaines études ont montré des risques (laparoschisis, malformation cardiaque) aucun effet malformatif et aucune anomalie chromosomique n'ont été retenus à ce jour.

Pour le nouveau-né, l'usage du cannabis fait courir à l'enfant un risque plus grand de prématurité, d'aller en unité de néonatalogie et d'avoir un faible poids de naissance mais l'usage

Tableau 15 : Sources de difficultés dans l'étude du cannabis pendant la grossesse :

- Composition variable du produit en principe actif
- Présence de contaminant (pesticides, autres)
- Co-usage d'alcool, tabac, drogues
- Recueil d'information compliqué : fréquence, dose, produit, mode de consommation...
- Autres facteurs de risques de complications (malnutrition, moins bon suivi obstétrique, psycho-social...)

du tabac est un facteur confondant important. En cas de consommation au 3^{ème} trimestre, des tremblements et pleurs du nourrisson spontanément régressifs ont été décrits.

A long terme, il n'y a pas de risque avéré pour l'enfant. Seule une augmentation de l'incidence de TDAH en cas de grosse consommation est suspectée mais sans causalité clairement établie.

Cependant, en raison des nombreuses inconnues le Centre de Référence sur les Agents Tératogènes (CRAT) conclut que « *si le cannabis en cours de grossesse n'est pas associé à un risque malformatif particulier, la poursuite de sa consommation n'est pas souhaitable en l'état actuel des données* ».

A noter que l'usage du cannabis chez la femme enceinte était anciennement suspecté de favoriser des rhabdomyosarcomes, des astrocytomes ou des leucémies chez l'enfant mais depuis plusieurs dizaines d'années plus aucune association n'a été retrouvée.

b) Cannabis et allaitement

Le THC passe dans le lait maternel et s'y concentre.

Du THC a été retrouvé dans les selles des enfants allaités par des mères consommatrices. Le cerveau étant encore en développement et les conséquences inconnues (relatif retard moteur à 1 an ?), la consommation doit être formellement déconseillée.

C. Conclusion sur les risques de l'usage du cannabis

Malgré plusieurs dizaines d'années de recherches, très peu de conclusions formelles peuvent être tirées des risques causés par l'usage du cannabis. Les nombreux facteurs confondants empêchent souvent de tirer des conclusions ou les limitent.

Il faut néanmoins retenir que l'utilisation du cannabis est associée à des risques psychiatriques aigus rares mais spectaculaires (crises psychotiques), ainsi qu'un risque d'accidents de la route (x2) et d'infarctus du myocarde (x5 dans l'heure suivante) chez les patients à risque. Un usage chronique, outre la dépendance et les problèmes psychosociaux, augmente le risque de psychose (x2 si l'usage est régulier) et l'inhalation des produits de combustion est responsable de symptômes respiratoires.

Il convient de mettre en évidence également que le rôle du CBD et des autres cannabinoïdes ne sont intégrés dans les recherches que depuis quelques années. En effet, les recherches réalisées sur le cannabis depuis les années 60 ne se penchaient que sur le THC. Or, l'équilibre CBD, autres cannabinoïdes et THC est peut-être une clé déterminante d'une part pour affiner les conclusions sur les conséquences psychosociales et psychiatriques d'un usage régulier de

cannabis, et d'autre part peut-être même pour réduire les risques psychosociaux et psychiatriques de la consommation régulière de cannabis.

IV. La réduction des risques

A. La réduction des risques via le choix du mode de consommation

Le cannabis est le plus fréquemment fumé. Toute discussion sur l'impact du cannabis sur la santé ne peut pas se soustraire aux risques d'inhaler de la fumée de cannabis. Sur le plan qualitatif, la fumée de cannabis contient un grand nombre des mêmes produits chimiques que la fumée du tabac. Les produits de combustions contiennent des molécules carcinogènes, des goudrons et irritent les voies respiratoires. Leur existence est donc problématique.

Bien que la dangerosité réelle de ces produits soit encore comprise de manière incomplète, éviter la fumée est un des moyens de réduire les risques.

1. L'usage des vaporisateurs

La vaporisation du cannabis est une technique qui consiste à chauffer le cannabis entre 180 et 200°C pour libérer les phyto-cannabinoïdes sous forme de vapeurs (vaporiser), et les inhaler, sans arriver à la combustion du produit qui survient à partir de 230°. Ce mode de consommation est habituellement apprécié des consommateurs (64).

Il y a plusieurs appareils de vaporisation disponible sur le marché dont le plus connu et le mieux étudié est le vaporisateur VOLCANO®. Fabriqué en Allemagne, les études (65) (66) réalisées à son sujet indiquent :

- 1) En termes de cannabinoïdes (THC) : la pharmacocinétique est quasi identique au cannabis fumé. L'extraction du THC est meilleure.
- 2) En termes d'exposition aux produits de combustion : la vaporisation est associée à une diminution importante de sous-produits toxiques comme le monoxyde de carbone, des hydrocarbures aromatiques polycycliques (benzopyrène etc.) et du goudron.

Des vaporisateurs « de poche » sont également commercialisés.

L'effet à long terme de ces vapeurs sur l'appareil respiratoire est inconnu.

Il faut retenir que c'est un moyen efficace de réduire les risques induits par la combustion du cannabis fumé.

Deux limites peuvent néanmoins être relevées :

- 1) Le prix d'un appareil de vaporisation coûte à l'heure actuelle entre 150 et 500 €
- 2) Si l'utilisation est simple, sans effets indésirables et appréciée lors des études cliniques, l'abandon du « rituel » du « joint qui tourne » intéressera-t-il les consommateurs ?

2. Quid des e-liquides contenant du THC

La cigarette électronique peut être utilisée pour consommer du cannabis. Très peu étudié, le « cannavaping » semble pourtant être déjà présent dans les mœurs des jeunes (67).

Techniquement, la cigarette électronique est modifiée afin de permettre la vaporisation des principes actifs du cannabis. Quasiment sans odeur, et contrairement au procédé sus-évoqué, le produit utilisé n'est pas du cannabis séché. Pour être « vapotable », le cannabis est transformé en huiles ou en cires très concentrées en THC (teneur en THC 4 à 30 fois supérieure à celle du cannabis séché). Comme l'utilisation de THC est illégale, les quelques e-liquides prêt à l'emploi échappent aux contrôles de qualité et doivent faire craindre l'utilisation de THC de synthèse, agoniste des récepteurs CB1 (se rapprochant du *spice*) dont les propriétés pharmacologiques sont inconnues. Les données actuelles sont plutôt inquiétantes et ne permettent pas de considérer les produits synthétiques comme une alternative sûre au cannabis (68) (69).

En outre, et plus généralement si ce mode de consommation permet d'éviter l'usage du tabac, consommer du cannabis via une vapoteuse pose, en termes de santé publique, les mêmes questions générales que les cigarettes électroniques traditionnelles (manque de données sur les risques à long terme, plus de risque d'essayer à un âge plus jeune, premières expériences positives...) (70).

3. Le manger oui, l'injecter non

Ingérer du cannabis est un moyen efficace d'éviter l'inhalation de produits de combustions toxiques. Cependant, la cinétique d'intoxication est plus longue et imprévisible, et le risque de consommation involontaire par une personne ou un enfant est accru. Il faut aussi signaler qu'il n'y a pratiquement aucune étude sur ce mode de consommation.

L'administration intraveineuse du THC et d'autres phytocannabinoïdes est utilisée par les chercheurs depuis plus de 40 ans.

En dehors de la recherche, quelques cas (4) d'utilisateurs s'injectant du cannabis (confection artisanale) ont été rapportés. Deux problèmes peuvent être mis en évidence : la sécurité du geste et les conséquences somatiques décrites – hors usage professionnel – incluant le sepsis et des problèmes organiques graves mais réversibles.

Ce mode d'administration doit être formellement déconseillé.

4. Décourager l'usage du tabac

Au vu des éléments actuellement disponibles, les dommages pulmonaires induits par le tabac semblent plus importants que ceux causés par le cannabis. Le médecin généraliste devrait donc décourager l'usage du tabac au vu des conséquences connues du tabac sur la santé et des difficultés posées par la gestion de la dépendance au tabac dans les problématiques d'usage du cannabis.

Si le consommateur souhaite continuer à consommer du cannabis avec du tabac, idéalement l'utilisation devrait être en faible quantité et de façon intermittente afin de réduire la toxicité pulmonaire cumulée.

B. La réduction des risques via la titration des doses

1. THC, CBD : choix de l'espèce

Il est difficile aujourd'hui d'obtenir des informations réalistes et précises concernant la puissance du cannabis consommé.

Lors de la culture, prévenir la pollinisation de la plante femelle permet d'obtenir du cannabis plus riche en cannabinoïdes car la plante n'utilise pas d'énergie pour produire des graines. Ce procédé dénommé *sin semilla* (sans graine). La culture *sin semilla* et le croisement d'espèces en vue d'obtenir des plantes plus puissantes (ex : *skunk*), aboutissent à la production des super-cannabis (au haut rapport THC/CBD).

Ces derniers sont sources d'inquiétude d'autant plus qu'ils se retrouvent sur le marché noir, et qu'il est difficile aujourd'hui d'obtenir des informations réalistes et précises concernant les risques susceptibles d'être causés par des espèces trop puissantes.

Les deux principaux phytocannabinoïdes (le THC et le CBD) sont synthétisés par la plante à partir du même précurseur : le cannabigerol. Par conséquent, l'augmentation du taux de THC se fait au détriment de celui de CBD.

Il y a peu d'études qui se penchent sur l'effet de l'administration conjointe de THC et de CBD, mais elles mettent toutes en avant le rôle protecteur et modulateur du CBD (71). Les effets indésirables qui dépendent particulièrement du rapport THC/CBD concernent la dépendance, l'impact cognitif et les troubles psychiatriques. Une plante avec plus de CBD pourrait réduire les risques de développer une dépendance, modérer le risque du cannabis vis-à-vis des maladies psychotiques et tempérer l'impact cognitif de la consommation. Au contraire, l'utilisation de super-cannabis semble associée à une dépendance plus forte (surtout chez les jeunes), ainsi qu'à davantage d'effets négatifs rapportés sur la mémoire et de paranoïa (72). L'utilisation de super-cannabis augmente également le risque de psychose par rapport au cannabis classique et en cas de psychose déjà installée, l'usage de super-cannabis augmente le risque de rechute (73) par rapport à du cannabis moins puissant. Comme il est particulièrement difficile de faire arrêter la consommation à un patient psychotique, le choix de l'espèce pourrait avoir du sens.

Le CBD semble protéger contre beaucoup d'effets indésirables du THC mais le ratio THC/CBD nécessaire pour réduire les risques est inconnu.

Les préoccupations sur le taux de THC et les risques sont illustrées par les politiques en Uruguay (cannabis légalisé) et aux Pays-Bas où des réglementations qui limiteraient le taux de THC des produits autorisés à 15% sont envisagées. Le « seuil » des 15%, considéré comme arbitraire, ne se base sur aucune donnée scientifique à l'appui de risques majorés en cas de concentration supérieure (74).

A noter qu'actuellement les super-cannabis restent préférés par les consommateurs car ils produisent les « meilleurs effets ». Pour autant, en laboratoire, ces derniers ne font pas de différence sur l'effet ressenti quel que soit le taux de CBD associé (71). On ignore si le comportement des consommateurs changerait, s'ils en étaient informés. Pour d'autres drogues, les utilisateurs semblent sensibles à la notion de qualité/pureté (13) A noter également que le BHO gagne en popularité aux Etats-Unis.

2. Quels consommateurs peut bénéficier d'une titration des doses ?

Les utilisateurs qui souhaitent réduire les risques de leur consommation, qui expriment un inconfort (concentration, difficulté à se réveiller...) et surtout ceux qui sont psychotiques, devraient être découragés d'utiliser des super-cannabis et être orientés vers des espèces moins dosées ou plus équilibrées.

Il faut insister sur l'hypothèse actuelle que le CBD n'altère en rien les effets ressentis par les consommateurs.

D'un autre côté, les préoccupations sur la puissance du cannabis sont basées sur la conviction qu'un cannabis plus fort causera plus de tort, mais certains argumentent que, comme avec le tabac et la nicotine, les utilisateurs « titreront » d'eux-mêmes la quantité qu'ils consomment. Il n'y a pas de certitude sur cette hypothèse et les études sur le comportement des utilisateurs sont contradictoires.

Si le consommateur titre effectivement sa consommation spontanément, les super-cannabis pourraient permettre de diminuer la quantité de fumée et diminuerait donc les dommages respiratoires et cardio-vasculaires à long terme.

Le consommateur qui cherche l'effet le plus intense et qui ne titre pas sa consommation serait par contre exposé à un risque plus important.

	Défonce	Bad-trip	Accident de la route	Problèmes psychiatrique	Problèmes pulmonaires / cardiovasculaires	Dépendance	Thérapeutique
Cannabis "classique"	😊	😞	😞	😞	😞 ?	😞	😊
Super-cannabis	😊😊 ?	😞😞	😞😞	😞😞	😊 ?	😞😞	😊😊 ?

A priori, le seul avantage de proposer des super-cannabis serait de limiter l'impact pulmonaire et cardiovasculaire (?) en diminuant la quantité consommée (?).

Cet avantage peut être obtenu autrement (vaporisation), et est contrebalancé par l'incertitude d'une titration effective par le consommateur, et le risque augmenté d'AVP, d'anxiété, de dépendance et de symptômes psychotiques.

Ces considérations sont basées sur la compréhension actuelle du problème et sont susceptibles d'évoluer.

3. Cultiver chez soi ? Le choix de l'espèce

Le marché noir peut exposer à d'autres drogues et à des problématiques de sécurité. Le consommateur n'a pas le choix du produit et n'a aucune certitude sur ce qu'il consomme. Bien que des recherches supplémentaires soient nécessaires concernant le ratio THC/CBD et les risques induits par les contaminants, les patients consommateurs qui souhaitent réduire les risques de leur consommation pourraient se faire conseiller certaines espèces plutôt que d'autres. C'est notamment le cas de ceux qui cultivent leur propre drogue, et de ceux qui s'approvisionnent aux Pays-Bas.

Les consommateurs intéressés pourraient être amenés à prendre en compte le rapport THC/CBD et à orienter leur consommation vers des espèces équilibrées.

Certains producteurs de graines déclarent s'intéresser particulièrement à ces variétés (Reggae Seeds ©, Mr Nice seedbank ©, Resin Seeds ©...).

En Belgique, la possession de 3 grammes de cannabis et la culture d'une plante femelle par personne est « tolérée » (poursuites minimales). Une étude récente spécifique à la Belgique a mis en évidence que la culture à petite échelle n'est responsable d'aucun dommage personnel ou sociétal significatif. Sauf exception, tous les risques encourus sont en fait le résultat des politiques de criminalisation (75).

C. Le rôle sanitaire des pouvoirs publics dans la réduction des risques

Le statut illégal de la consommation complique la recherche si bien qu'il n'existe pas à ce jour de recommandation claire sur la conduite que devrait tenir le corps médical vis-à-vis du cannabis. La question de la légalisation est une question bien trop compliquée pour être débattue ici.

D'un point de vue strictement médical, il faut retenir que la prohibition n'a pas permis de réduire l'usage du cannabis, comme le suggèrent les chiffres de consommation et une méta-analyse (76). En effet, l'illégalité empêche la mise en place de mesures efficaces pour réduire l'usage, à savoir l'instauration de taxe, l'encadrement des lieux de consommation, les campagnes de diminution de l'usage, et l'instauration d'un âge minimum pour avoir accès au produit. Pour un mineur, certains auteurs estiment même que le cannabis est parfois plus accessible que les drogues légales (16).

La légalisation ne diminuerait probablement pas la prévalence de l'usage mais pourrait faciliter la régulation de la puissance (instauration d'un taux légal à l'instar de l'Uruguay ou des Pays Bas) et l'enregistrement des cannabis synthétiques. Elle pourrait permettre aussi la mise en avant de modes de consommation moins toxiques ou au moins sans tabac. De telles mesures devraient être envisagées et ouvriraient la porte à d'autres interventions à plus long terme comprenant la gestion du risque d'accident de la route, la mise en place de programmes encadrés pour les femmes enceintes consommatrices et pour les adolescents.

La prévention et la réduction des risques sont pour l'instant laissées au monde associatif.

Solution intermédiaire : les Cannabis Social Clubs (CSC) sont des ASBL non incitatives qui mettent en relation les consommateurs de cannabis et qui proposent entre autres l'obtention de

cannabis par leur intermédiaire. On compte un CSC à Anvers (Trekuplant - qui déclare compter plusieurs centaines de membres) et un à Liège (CSC-Peace). Des clubs à Charleroi, dans le Namurois et dans le Tournaisis ont été interdits et certains sont encore en procès. Un encadrement permettrait de mettre à disposition des utilisateurs plusieurs espèces de cannabis, des informations actualisées et un contrôle qualité.

D. Aborder le cannabis en médecine générale

Outre un climat de confiance, la garantie du secret médical et le simple fait de poser la question, différents tests (voir annexe VII.B p. 50) existent pour aider à appréhender la consommation du patient. On retiendra surtout :

- Le test CAST (*Cannabis Abuse Screening Test*)
- Le questionnaire ADOSPA (*Adolescents et Substances psychoactives*)
- Le test ALAC (*Test d'auto évaluation de la consommation de cannabis*)

Un dépistage de la consommation de cannabis peut être envisagé lorsque la question de la consommation de l'alcool est abordée. La question peut également être posée aux adolescents et adultes se présentant pour toux chronique - en ajoutant le cannabis au diagnostic différentiel.

Pour comprendre les risques auxquels s'exposent les patients, il faudra connaître la fréquence, la durée, la façon et le type de cannabis consommé (super-cannabis ?).

E. Identifier les patients à risques en médecine générale

Des connaissances actuelles il faut retenir que si un adulte en bonne santé consomme occasionnellement du cannabis dans un environnement adéquat, il n'y a pas de risque particulier.

A contrario, certains profils à risque nécessitent une attention particulière :

- Les effets indésirables et le risque de pathologies psychiatriques étant plus importants pendant le développement d'un individu, le cannabis ne devrait pas être utilisé par les adolescents les plus jeunes.
- La fumée étant irritante, le fait de fumer du cannabis doit être déconseillé particulièrement chez les patients souffrant d'insuffisance respiratoire, d'asthme ou de BPCO.
- Le cannabis consommé régulièrement doit être vivement déconseillé chez les patients souffrant d'hépatite C car il en accélère l'évolution vers la cirrhose (attention particulièrement aux héroïnomanes et aux patients sous méthadone).

- En raison de l'impact sur le psychisme, le cannabis ne devrait pas être utilisé chez les patients ayant des antécédents personnels de troubles psychiatriques (surtout la schizophrénie) ou des antécédents familiaux de schizophrénie. En cas de consommation chez ces derniers et chez les patients dépressifs et bipolaires, le suivi psychiatrique doit être particulièrement attentif.
- En raison des problématiques de dépendance, le cannabis doit être utilisé prudemment chez les patients ayant des antécédents d'addictions.
- Si un patient consomme de l'alcool ou des médicaments sédatifs / hypnotiques, il faut être attentifs à la sommation des effets dépresseurs sur le SNC.
- Une femme en âge de procréer devrait être découragée de consommer du cannabis en raison du risque de dépendance qui posera problème lors d'une éventuelle grossesse. De même, et surtout, les femmes enceintes et allaitantes ne devraient pas consommer de cannabis.
- Les patients ayant des antécédents cardio-vasculaires courent un risque particulier et devraient viser un sevrage. En raison des cas d'infarctus et d'AVC, les patients âgés de plus de 50 ans, ceux ayant des facteurs de risques et les gros consommateurs sans facteurs de risques connus pourraient bénéficier d'un bilan cardio-vasculaire afin de ne pas méconnaître une éventuelle prédisposition à ces troubles.
- Les patients qui rapportent des symptômes allergiques lors d'une consommation de cannabis pourraient bénéficier d'un test cutané allergique.
- Les patients immunodéprimés doivent être informés du risque de présence de contaminants dans le cannabis (ex : aspergillus).

Précautions particulières :

En raison des effets négatifs sur la mémoire, le comportement et l'émergence de maladie psychiatrique, les patients devraient être informés et interrogés sur toute instabilité mentale ou modification du comportement secondaire à la consommation de cannabis.

Les familles avec enfants doivent rendre inaccessible le produit aux enfants en raison du risque d'ingestion.

Le cannabis ne devrait pas être utilisé lorsque la situation nécessite de conduire un véhicule ou de travailler sur des machines dangereuses.

Un adolescent ayant des faibles résultats et qui commence le cannabis doit être suivi en termes de risque de dépendance, de décrochage scolaire et de consommation d'autres drogues.

F. La réduction des risques, et après ?

1. Les particularités du cannabis

Le cannabis peut être distingué des autres drogues illégales par son syndrome de manque et ses conséquences sociales et somatiques moins graves. Ces éléments ne signifient pas nécessairement que l'arrêt de la consommation soit plus simple. Les consommateurs ont plus fréquemment un désir de réduire l'usage que d'arriver à l'abstinence, ils perçoivent aussi les risques comme étant peu importants.

Ces éléments poussent même certains professionnels à considérer le cannabis comme une substitution (choix conscient de l'utilisateur d'utiliser une drogue plutôt qu'une autre) valable pour certains patients (plutôt que l'alcool, d'autres drogues ou médicaments) (77) (78).

Ceci dit, si le médecin ou le patient souhaite envisager l'abstinence, il faudra savoir que la présence d'autres addictions complique la prise en charge. Par exemple, les patients pris en charge pour les addictions aux opiacés ont tendance à ne pas considérer leur usage de cannabis comme problématique. De plus, la consommation de cannabis est souvent associée à celle du tabac (simultanée ou non). Le pourcentage de co-addiction au tabac est estimé à 50%. La consommation conjointe entretient les conséquences des deux produits séparés et potentialise les phénomènes de dépendance - « ce qui participe à entretenir les consommations de chacune des substances, à favoriser les rechutes dans les consommations et à diminuer les tentatives de soins » (79).

Sevrer à la fois du cannabis et du tabac peut augmenter l'intensité du syndrome de sevrage mais les résultats à long terme semblent meilleurs.

Concernant les adolescents, ces derniers sont souvent « forcés » à prendre en charge leur consommation par leurs parents, leur école ou le système judiciaire.

2. Quels objectifs viser avec le patient ?

Le risque est médicalement moindre qu'avec certaines drogues. Comme indiqué précédemment, les consommateurs sont souvent ambivalents par rapport à l'arrêt complet. L'ambivalence est encore plus fréquente après avoir été prise en charge en visant l'arrêt complet (16). La question de réduire la consommation plutôt que viser l'abstinence se pose donc.

En raison du statut illégal, il est difficile de faire des recherches sur un autre objectif que l'abstinence.

Il n'y a pas de connaissance solide sur le type de consommation représentant une utilisation non délétère du cannabis. Il n'y a pas de recommandation expliquant comment faire, ni précisant quels patients pourraient bénéficier d'une réduction de la consommation.

3. Prise en charge de l'addiction au cannabis

Non codifiée, les modalités de prises en charge se rapprochent des autres addictions, avec une préférence actuellement pour l'entretien motivationnel et les thérapies cognitivo-comportementales. Les preuves d'efficacité spécifique pour le cannabis sont à ce jour peu nombreuses, contrairement aux autres substances où elles sont bien documentées. Il n'y a pas de médicaments addictolytiques ou substitutifs spécifiques disponibles.

Les rechutes sont considérées comme fréquentes, si pas la règle, et ne doivent pas être considérées comme un échec mais comme une étape faisant partie intégrante de la prise en charge thérapeutique. Les résultats chez les adolescents sont moins bons que chez les adultes. La prise en charge doit, comme pour les autres drogues, inclure celle des comorbidités psychiatriques associées (dépression, anxiété...).

Dans le processus d'accompagnement, la question du sens de la consommation devra être abordée afin d'apporter une réponse adéquate.

Par exemple, des patients psychotiques consommateurs furent interrogés pour essayer de comprendre leur motivation (80). Ce n'est pas pour lutter contre les symptômes positifs ou les effets secondaires des médicaments qu'ils fument des joints, mais plutôt pour lutter contre l'ennui, améliorer leur sociabilité et pour remédier à divers symptômes aspécifiques (par exemple les troubles du sommeil). En se concentrant sur ces problèmes subjectifs et en y proposant des solutions alternatives, le recours au cannabis pourrait sembler moins pertinent et par conséquent le risque de rechute serait réduit.

Comprendre comment un patient interprète le monde, comment il s'y perçoit, pourquoi il consomme et respecter sa compréhension subjective (l'approche de Costain au sens large (81)) pourrait constituer une base au développement d'une relation thérapeutique.

V. Résultats de l'enquête

A. Méthodologie

J'ai réalisé un travail d'enquête en ligne auprès des médecins généralistes et des consommateurs. L'objectif était d'appréhender dans ces deux populations leur perception générale du produit, de ses risques et leur positionnement vis à vis d'une éventuelle réduction des risques.

Pour ce faire :

- Enquête médecin : j'ai envoyé l'enquête aux responsables des rôles de gardes de Belgique francophone. Elle a été transmise à 413 médecins via e-mail et j'ai obtenu 163 réponses ce qui représente à un taux de participation de 39%.
- Enquête consommateur : j'ai complété le questionnaire avec 8 patients en consultation. J'ai obtenu par l'intermédiaire du secrétariat 16 réponses manuscrites, et j'ai transféré l'enquête au responsable du Cannabis Social Club « Peace » de Liège pour qu'il le transmette à son réseau (nombre inconnu) - duquel j'ai obtenu 84 réponses.

Le questionnaire, l'ensemble des réponses et leur interprétation sont disponibles en annexe VII.E et VII.F p. 50). Les éléments les plus marquants sont repris ci-après.

B. Les principaux éléments apportés par les médecins généralistes

La plupart des médecins ne prennent pas (16%) ou peu (60%) en charge les addictions et n'abordent donc pas les problématiques qui y sont afférentes (y compris la RdR). Les médecins exerçant en Maison Médicale sont les plus actifs : 54% d'entre eux prennent en charge les addictions de manière générale.

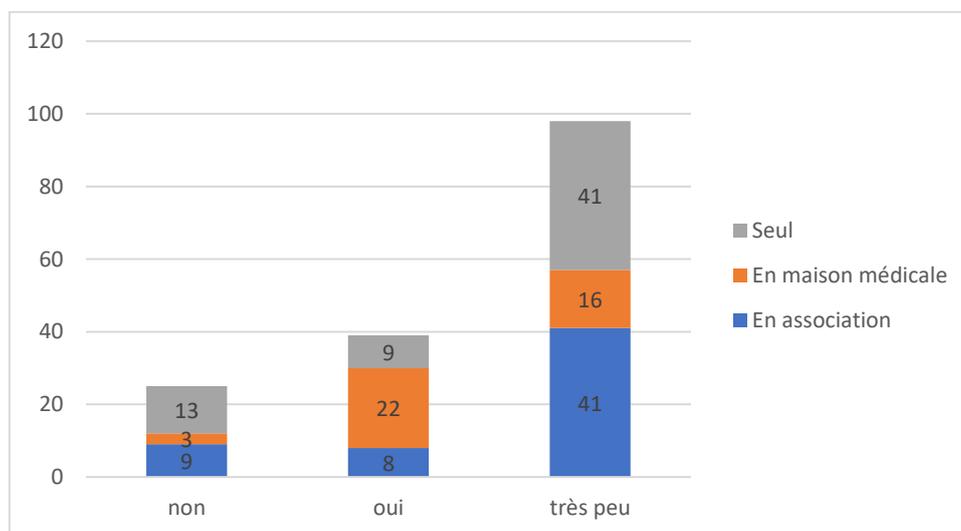


Figure 1 : Réponse à « De manière générale, prenez-vous en charge des addictions ? » selon le type de pratique

L'immense majorité des médecins (156/163 soit 96%) déclarent compter des consommateurs dans leur patientèle et pour 72% d'entre eux, le cannabis a déjà causé des problèmes de santé chez leurs patients.

Le sujet est abordé chez 94% des répondants ; 58% des médecins parlent parfois eux-mêmes du sujet et 75% d'entre eux voient certains patients aborder la question directement.

Le médecin aborde la problématique plus souvent sous l'angle des motifs ou conséquences psychosociales (61%) que sous l'angle des pathologies associées (39%). Cette proportion est encore plus élevée (83%) lorsque c'est le patient qui aborde le sujet.

Les médecins considèrent majoritairement (72%) que la médecine générale a un rôle à jouer dans la prise en charge des consommateurs et 97% des répondants se disent intéressés ou éventuellement intéressés pour réduire les risques liés au cannabis.

La notion de RdR est mal connue (60% des répondants ne sont pas complètement familiers avec cette notion) et **les connaissances sur le cannabis manquent** (voir plus loin : *comparaison marquante - perception des connaissances*).

Ce sont surtout le manque de connaissance (66%), l'absence de demande du patient (55%) et le manque de temps (48%) qui sont cités par les médecins répondants comme limitant le rôle du généraliste.

C. Les principaux éléments apportés par les consommateurs

Selon la définition habituellement reprise par la littérature médicale, un gros consommateur est un consommateur quotidien depuis plusieurs années. Parmi les répondants, 58% étaient de "gros consommateurs", voir 73% si on ajoute les consommateurs depuis 1 à 5 ans. Ce sont ces consommateurs qui sont concernés par les risques d'une exposition chronique de cannabis.

Comme habituellement décrit, **le cannabis est très majoritairement fumé mélangé à du tabac (86%)**, les autres modes de consommations sont minoritaires.

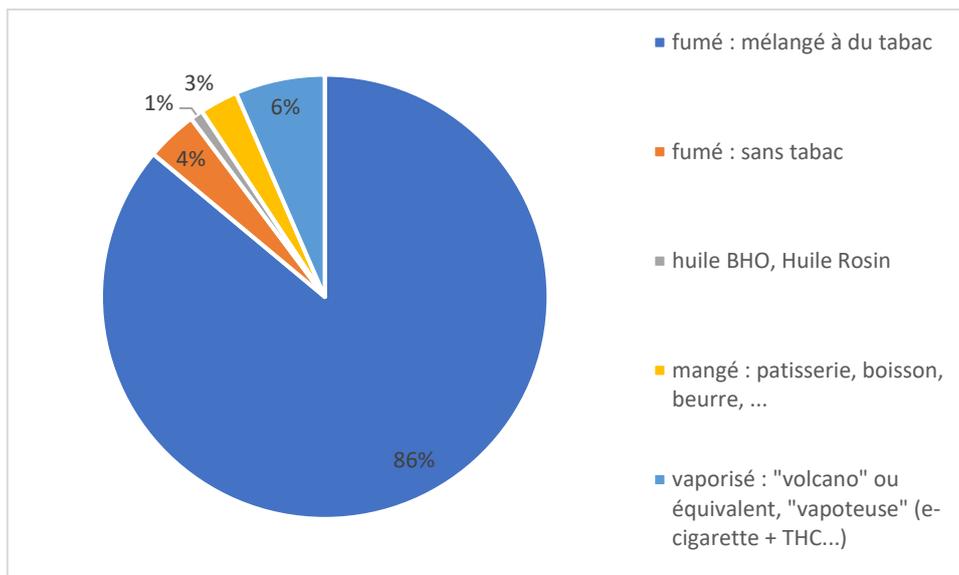


Figure 2 : Mode de consommation

33% des répondants déclarent chercher principalement un intérêt thérapeutique à leur consommation, et cette proportion augmente avec l'âge.

66% des répondants se déclarent intéressés ou éventuellement intéressés à réduire les risques de leur consommation.

Concernant la consommation, **le médecin généraliste reste un interlocuteur de choix pour 50% des répondants**, bien que le sujet soit abordé dans moins d'un cas sur deux (48% le sujet est abordé - 43% à l'initiative du patient et 5% à l'initiative du médecin).

D. Comparaisons marquantes

Perception du risque

Parmi les répondants, environ 9 médecins sur 10 considèrent que le cannabis est risqué ou dangereux, alors que seulement 14% des consommateurs le considèrent ainsi.

Perception du risque	Consommateurs	Médecins
Potentiellement bénéfique	67%	10%
Globalement inoffensif	51%	8%
Risqué	9%	66%
Dangereux	5%	28%

Responsable de problème de santé

Parmi les répondants, 72% des médecins ont déjà été confronté à un problème de santé causé par le cannabis alors que c'est seulement le cas de 9% des consommateurs.

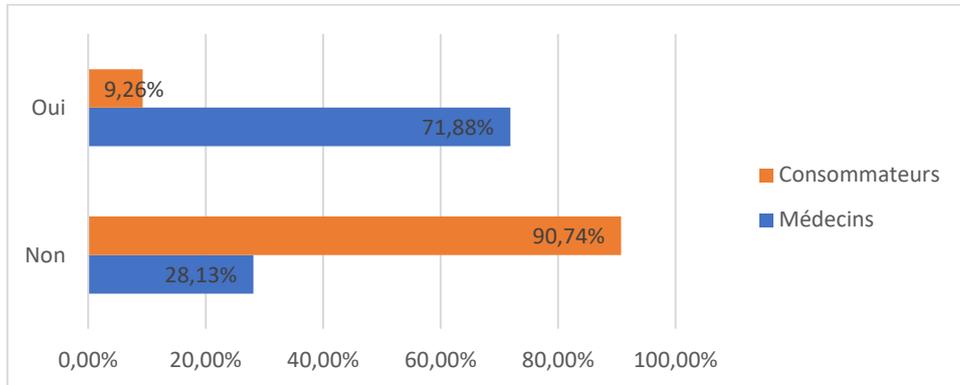


Figure 3 : Réponses à « Le cannabis a été responsable d'un problème de santé ... »

Perception des connaissances

56% des consommateurs répondants affirment avoir des connaissances bonnes et à jour sur le cannabis, indépendamment de l'origine de ces connaissances (professionnels, médias, expérience personnelle...).

Du côté des médecins, seuls 23% des répondants pensent que leurs connaissances sont actualisées et 10% se sentent compétents pour réduire les risques.

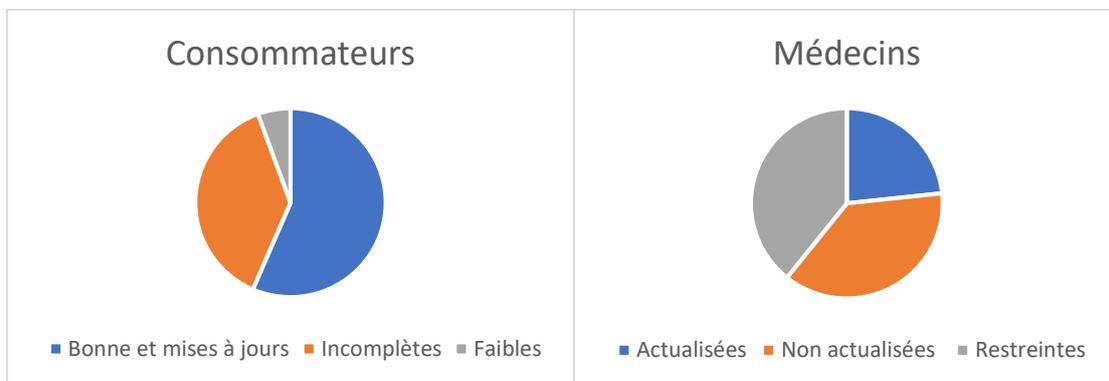


Figure 4 : Perception comparée des connaissances

E. Discussion

Les points suivants sont des pistes de réflexion soutenues par les réponses aux questionnaires, même si les populations répondantes peuvent présenter un effectif insuffisant pour que leurs réponses soient statistiquement significatives.

La recherche d'un intérêt principalement thérapeutique dans le cannabis par certains consommateurs implique que le médecin devra prendre en compte la balance bénéfice-risque perçue par le consommateur, et objective, s'il souhaite s'impliquer dans la prise en charge du cannabis chez ces patients.

Lorsque le cannabis a été responsable de problème de santé chez le consommateur ou dans son entourage, le souhait affirmé de réduire les risques est plus important (70% contre 30% si absence de problème). Un problème de santé peut donc être l'occasion d'aborder la RdR, même si plus ou moins 30% des répondants ne souhaitaient pas réduire les risques, indépendamment d'un problème de santé ou pas.

Parmi les consommateurs qui ont une faible connaissance des risques (13 répondants), l'attrait pour la RdR est faible (« Vous aimeriez réduire les risques liés à votre consommation ? » non 54%, éventuellement 23%, oui 23%). Une information neutre fait déjà partie de la RdR.

F. Conclusion

Le cannabis est donc bien présent dans la patientèle du médecin généraliste. Ce dernier est un interlocuteur de choix pour les consommateurs qui souhaitent souvent réduire les risques liés à leur consommation.

La majorité des médecins se disent intéressés pour aider leurs patients concernés à réduire les risques liés à leur consommation mais ils considèrent manquer de connaissances. Ils sont confrontés à une population qui se dit bien informée mais perçoit faiblement les risques alors qu'elle reste un groupe à risque du point de vue médical et sujet à des problématiques de dépendance.

VI. Références

1. Nora D. Wolkow, M.D. Ruben et al. Adverse health effect of marijuana use. *New England Journal of Medicine*. 2014; 370: p. 2219-27.
2. Lacroix S. Drogues licites et illicites : descriptions, usages et risques. Publication Réseau ALTO. 2004; p. 38-46. [cited 2016 décembre. Available from: [HYPERLINK http://www.reseualto.be/wp-content/uploads/2014/01/Drogues-licites-et-illicites-descriptions-usages-et-risques-%E2%80%93-S.-Lacroix-2004.pdf](http://www.reseualto.be/wp-content/uploads/2014/01/Drogues-licites-et-illicites-descriptions-usages-et-risques-%E2%80%93-S.-Lacroix-2004.pdf)
3. Santé Canada. Information destinée aux professionnels de la santé : Cannabis (marihuana, marijuana) et cannabinoïdes. [Online]; 2013 cited 2016 décembre. Available from: [HYPERLINK "http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/marihuana/med/infoprof-fra.php"](http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/marihuana/med/infoprof-fra.php)
4. Donald E. Greydanus, Gabriel Kaplan et al.. Cannabis: The never-ending, nefarious nepenthe of the 21st century: What should the clinician know? *Disease-a-Month*. 2015; 61: p. 118-175.
5. Wayne Hall, Louisa Degenhardt. Adverse health effects of non-medical cannabis use. *Lancet*. 2009; 374: p. 1283-91.
6. Modus Vivendi. <http://www.modusvivendi-be.org>. [Online]. [cited 2017 avril 3. Available from: [HYPERLINK "http://www.modusvivendi-be.org/IMG/pdf/ChartePFrdrja_vier08.pdf"](http://www.modusvivendi-be.org/IMG/pdf/ChartePFrdrja_vier08.pdf)
7. Sprimont Delphine. TFE. UCL CAMG, Reseualto.be Namur; 2012. [cited 2017 avril 1. Available from: [HYPERLINK "http://www.reseualto.be/wp-content/uploads/2014/01/TFE-Delphine-Sprimont-2012.pdf"](http://www.reseualto.be/wp-content/uploads/2014/01/TFE-Delphine-Sprimont-2012.pdf)
8. Karin Monshouwer, Margriet Van Laar, Wilma A. Vollebergh. Buying cannabis in ‘coffee shops’. *Drug and Alcohol*. 2011; 30(2): p. 148-156.
9. European monitoring centre for drugs and drug addiction. DEVELOPMENTS AND TRENDS ON DRUGS - 2015 - Synthesis Report by the Belgian Reitox National Focal Point. 2015 <http://eurotox.org>. [Online]. Available from: [HYPERLINK "http://eurotox.org/wp/wp-content/uploads/Developments-and-trends-on-drugs-2015.pdf"](http://eurotox.org/wp/wp-content/uploads/Developments-and-trends-on-drugs-2015.pdf)
10. Observatoire frances des drogues et des toxicomanies. Drogues, Chiffres clés - 6ème édition [En ligne] // <http://www.ofdt.fr> - 2015 - Available from: [HYPERLINK "http://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/drogues-chiffres-cles/6eme-edition-2015/"](http://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/drogues-chiffres-cles/6eme-edition-2015/)
11. Nick Jikomes, John Hatch, Kayla Davis. The Highs and Lows of Medical Marijuana: Marijuana’s effects on physiology, health, and society. *Science in the news (Youtube)*. 2015.
12. Hall Wayne. What has research over the past two decades revealed about the adverse health effects of recreational cannabis use? *Addiction*. 2014; 110: p. 19-35.
13. McLaren, J Swift W, Dillon P, Allsop S. Cannabis potency and contamination: a review of the literature. *Addiction*. 2008; 103: p. 1100–1109.
14. Franziska Busse, Leyla Omid, Katharina Timper et al. Lead Poisoning Due to Adulterated Marijuana. *The New England Journal of Medicine*. 2008; 358(15).

15. McLaren, J Swift W, Dillon P, Allsop S. Cannabis potency and contamination: a review of the literature. *Addiction*. 2008; 103: p. 1100–1109.
16. Alan J. Budney Roger Roffman, Robert S. Stephens, Denise Walke. Marijuana dependence and its treatment. *Addiction science & clinical practice*. 2007; 4 p. 4–16.
17. American psychiatric association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. 2013.
18. Alan J. Budney Brent A. Moore, Ryan G. Vandrey, John R. Hughes. The Time Course and Significance of Cannabis Withdrawal. *Journal of Abnormal Psychology*. 2003; 112(3): p. 393–402.
19. Will Lawn, Tom P Freeman, Rebecca A Pope et al.. Acute and chronic effects of cannabinoids on effort-related decision-making and reward learning: an evaluation of the cannabis ‘amotivational’ hypotheses. *Psychopharmacology*. 2016; 233: p. 3537–3552.
20. Rebecca D. Crean., Natania A. Crane, B.A., Barbara J. Mason. An Evidence Based Review of Acute and Long-Term Effects of Cannabis Use on Executive Cognitive Functions. *J Addict Med*. 2011 mars 1: p. 1–8.
21. Albert Batalla, Sagnik Bhattacharyya, Murat Yücel et al.. Structural and Functional Imaging Studies in Chronic Cannabis Users: A Systematic Review of Adolescent and Adult Findings. *PLoS One*. . 2013; 8(2).
22. Meier MH Caspi A, Ambler A, Harrington H et al. Persistent cannabis users show neuropsychological decline from childhood to midlife. *Proc Natl Acad Sci*. 2012; 109(40): p. E2657-64.
23. Mokrysz C Landy R, Gage S, Munafo M, Roiser J, Curran H. Are IQ and educational outcomes in teenagers related to their cannabis use? A prospective cohort study. *J Psychopharmacol*. 2016; 30 : p. 159–68.
24. Jackson NJ, Isen JD, Khoddam R et al. Impact of adolescent marijuana use on intelligence: results from two longitudinal twin studies. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2016; 113 : p. e500–08.
25. Verweij K. J., Huizink A. C., Agrawal A., Martin N. G., Lynskey M. T. Is the relationship between early-onset cannabis use and educational attainment causal or due to common liability? *Drug Alcohol Depend*. 2013; 133: p. 580–6.
26. Lev-Ran S, Imtiaz S, Taylor B.J, Shield K.D, Rehm J, Le Foll B. Gender differences in health-related quality of life among cannabis users: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Drug and Alcohol Dependence*. 2012; 123: p. 190-200.
27. Ashton CH. Pharmacology and effects of cannabis : a brief review. *British journal of psychiatry*. 2001; 178: p. 101-106.
28. Bernard Laumon, Blandine Gadegbeku, Jean-Louis Martin, Marie-Berthe Biecheler, the SAM Group. Cannabis intoxication and fatal road crashes in France: population based case-control study. *BMJ*. 2005.
29. R. Andrew Sewell, Jams Poling, Mehmet sofuoglu. The effect of cannabis compared with alcohol on driving. *Am J Addict*. 2009; 18(3): p. 185-193.

30. Tashkin Donald P. Effects of Marijuana Smoking on the Lung. *Ann Am Thorac Soc.* 2013; 10(3): p. 238-247.
31. Li Rita Zhang, Hal Morgenstern, Sander Greenland et al. Cannabis smoking and lung cancer risk: Pooled analysis in the International Lung Cancer Consortium. *Int J Cancer.* 2015 ; 136(4): p. 894–903.
32. Murray A. Mittleman, Rebecca A., Malcolm Maclure, Jane B. Sherwood, James E. Muller Triggering Myocardial Infarction by Marijuana. *Circulation.* 2001; 103: p. 2805-2809.
33. Kenneth J. Mukamal, Malcolm Maclure, James E. Muller, Murray A. Mittleman. An Exploratory Prospective Study of Marijuana Use and Mortality Following Acute Myocardial Infarction. *Am Heart J.* 2008; 155(3): p. 465–470.
34. Emilie Jouanjus Maryse Lapeyre-Mestre, Joelle Micallef, The French Association of the Regional Abuse and Dependence Monitoring Centres (CEIP-A) Working Group on Cannabis Complications. Cannabis Use: Signal of Increasing Risk of Serious Cardiovascular Disorders. *J Am Heart Assoc.* 2014.
35. Emilie Bouccin, Hélène Eloye, Philippe Hantson. Complications vasculaires périphériques, cardiaques et cérébrales associées à l'utilisation du cannabis. *Toxicologie Analytique & Clinique.* 2016; 28(2): p. 115-128.
36. Desjardins N., Stheneur C. Syndrome d'hyperémèse cannabique : revue de la littérature. *Archives de pédiatrie.* 2016.
37. Ishida J. H., Peters M. G. , Jin C. et al. Influence of cannabis use on severity of hepatitis C. *Clin.Gastroenterol.Hepatol.* 2008; 6: p. 69-75.
38. Kaslow RA Blackwelder WC, Ostrow DG, Yerg D, Palenicek J, Coulson AH, Valdiserri RO. No evidence for a role of alcohol or other psychoactive drugs in accelerating immunodeficiency in HIV-1-positive individuals. A report from the Multicenter AIDS Cohort Study. *JAMA.* 1989; 261(23): p. 3424-9.
39. Ajay P. Nayak, Brett J. Green, Gordon Sussman et al. Characterization of Cannabis sativa allergens. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2013; 111: p. 32-37.
40. P. Basharat, G. Sussman, D. Beezhold, N. Leader. Hypersensitivity Reactions to Marijuana. *Journal of Allergy and Clinical Immunology.* 2011; 127(Issue 2, supplement): p. AB178.
41. Anna-Karin Danielsson, Andreas Lundin, Emilie Agardh, Peter Allebeck, Yvonne Forsell. Cannabis use, depression and anxiety: A 3-year prospective population-based study. *Journal of Affective Disorders.* 2016; 193: p. 103-108.
42. Theresa H M Moore, Stanley Zammit, Anne Lingford-Hughes, Thomas R E Barnes, Peter B Jones, Margaret Burke, Glyn Lewis. Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review. *Lancet.* 2007; 370: p. 319–28.
43. Simeon D, Knutelska M, Nelson D, Guralnik O. Feeling unreal: a depersonalization disorder update of 117 cases. *J Clin Psychiatry.* 2003; 64: p. 990-997.
44. Andréasson S, Engstrom A, Allebeck P, Rydberg U. Cannabis and schizophrenia: a longitudinal study of Swedish conscripts. *Lancet.* 1987; 2: p. 1483–86.

45. Stanley Zammit, Peter Allebeck, Sven Andreasson, Ingvar Lundberg, Glyn Lewis. Self reported cannabis use as a risk factor for schizophrenia in Swedish conscripts of 1969: historical cohort study. *BMJ*. 2002; 325: p. 1999.
46. Ongur D., Lin L., Cohen B. M. Clinical characteristics influencing age at onset in psychotic disorders. *Compr. Psychiatry*. 2009; 50: p. 13-19.
47. Degenhardt L, Hall W, Lynskey M. Testing hypotheses about the relationship between cannabis use and psychosis. *Drug Alcohol Depend*. 2003 ; 20: p. 37-48.
48. Marta Di Forti, Arianna Marconi, Elena Carra et al.. Proportion of patients in south London with first-episode psychosis attributable to use of high potency cannabis: a case-control study. *Lancet psychiatry*. 2015.
49. Amber L. Bahorik, Christina E. Newhill, Shaun M. Eack. Neurocognitive Functioning of Individuals With Schizophrenia: Using and Not Using Drugs. *Schizophr Bull*. 2014;: p. 856-57.
50. Large M, Sharma S, Compton MT, Slade T, Nielssen O. Cannabis use and earlier onset of psychosis: a systematic meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry*. 2011; 68(6): p. 555-61.
51. Louisa Degenhardt, Hall W. Cannabis and Psychosis. *Current Psychiatry Reports*. 2002; 4: p. 191-196.
52. S. Lev-Ran M. Roerecke, B. Le Foll, T. P. George, K. McKenzie, J. Rehm. The association between cannabis use and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Medicine*. 2014; 44(4): p. 787-810.
53. Feingold D, Rehm J, Lev-Ran S. Cannabis use and the course and outcome of major depressive disorder: A population based longitudinal study. *Psychiatry Res*. 2017; 251: p. 225-234.
54. Melanie Gibbs, Catherine Winsper, Steven Marwaha, Eleanor Gilbert, Matthew Broome, Swaran P. Singh. Cannabis use and mania symptoms: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorder*. 2015; 171: p. 39-47.
55. Cécile Henquet, Lydia Krabbendam, Ron de Graaf, Margreet ten Have, Jim van Os. Cannabis use and expression of mania in the general population. *Journal of Affective Disorders*. 2006; 95: p. 103-110.
56. Borges G, Bagge CL, Orozco R. A literature review and meta-analyses of cannabis use and suicidality. *J Affect Disord*. 2016; 195: p. 63-74.
57. Gorzalka B. B., Hill M. N., Chang S. C. Male-female differences in the effects of cannabinoids on sexual behavior and gonadal hormone function. *Horm.Behav*. 2010; 58: p. 91-99.
58. Kerry M. Green, Rashelle J. Musci, Pamela A. Matson, Renee M. Johnson, Beth A. Reboussin, Nicholas S. Ialongo. Developmental Patterns of Adolescent Marijuana and Alcohol Use and Their Joint Association with Sexual Risk Behavior and Outcomes in Young Adulthood. *Journal of Urban Health*. 2017.
59. Janet R. Daling, David R. Doody, Xiaofei Sun et al. Association of Marijuana Use and the Incidence of Testicular Germ Cell Tumors. *Cancer*. 2009; 115(6): p. 1215–1223.

60. Trabert B, Sigurdson AJ, Sweeney AM, Strom SS, McGlynn KA. Marijuana use and testicular germ cell tumors. *Cancer*. 2011; 117: p. 848–53.
61. Lacson JC, Carroll JD, Tuazon E, Castela EJ, Bernstein L, Cortessis VK. Population-based case–control study of recreational drug use and testis cancer risk confirms an association between marijuana use and nonseminoma risk. *Cancer*. 2012; 118: p. 5374–83.
62. Centre de référence des agents tératogènes <https://lecrat.fr>. Cannabis. 2015. https://lecrat.fr/spip.php?page=article&id_article=143
63. Gunn JKL, Rosales CB, Center KE, et al.. Prenatal exposure to cannabis and maternal and child health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2016;(6): p. e009986.
64. Malouff JM, Rooke SE, Copeland J. Experiences of marijuana-vaporizer users. *Subst Abus*. 2014; 35(2): p. 127-8.
65. Abrams DI, Vizoso HP, Shade SB, Jay C, Kelly ME, Benowitz NL. Vaporization as a smokeless cannabis delivery system: a pilot study. *Clin Pharmacol Ther*. 2007; 82(5): p. 572-8.
66. Dale Gieringer, Joseph St. Laurent, Scott Goodrich. Cannabis Vaporizer Combines Efficient Delivery of THC with Effective Suppression of Pyrolytic Compounds. *Journal of Cannabis Therapeutics*. 2004; 4(1).
67. Morean ME, Kong G, Camenga DR, Cavallo DA, Krishnan-Sarin S. High School Students' Use of Electronic Cigarettes to Vaporize Cannabis. *Pediatrics*. 2015; 136(4): p. 611-6.
68. Ford BM, Tai S, Fantegrossi WE, Prather PL. Synthetic Pot: Not Your Grandfather's Marijuana. *Trends Pharmacol Sci*. 2017; 38(3): p. 257-276.
69. Macfarlane V, Christie G. Synthetic cannabinoid withdrawal: a new demand on detoxification services. *Drug Alcohol Rev*. 2015; 34(2): p. 147-53.
70. Alan J. Budney, James D. Sargent, Dustin C. Lee. Vaping cannabis (marijuana): parallel concerns to e-cigs? *Addiction*. 2015; 110(11): p. 1699–1704.
71. Amir Englund, Tom P Freeman, Robin M Murray, Philip McGuire. Can we make cannabis safer? *Lancet Psychiatry*. 2017.
72. Freeman TP, Winstock AR. Examining the profile of high-potency cannabis and its association with severity of cannabis dependence. *Psychol Med*. 2015; 45(15): p. 3181-9.
73. Schoeler T, Petros N, Di Forti M et al. Effects of continuation, frequency and type of cannabis use on relapse in the first two years following onset of psychosis: an observational study. *Lancet Psychiatry*. 2016; 3: p. 947–53.
74. Van Laar M, Van Der Pol P, Niesink R. Limitations to the Dutch cannabis toleration policy Assumptions underlying the reclassification of cannabis above 15% THC. *Int J Drug Policy*. 2016; 34: p. 58-64.
75. Paoli L, Decorte T, Kersten L. Assessing the harms of cannabis cultivation in Belgium. *Int J Drug Policy*. 2015; 26(3): p. 277-89.

76. Stockings E, Hall WD, Lynskey M, Morley KI, Reavley N, Strang J, Patton G, Degenhardt L. Prevention, early intervention, harm reduction, and treatment of substance use in young people. *Lancet Psychiatry*. 2016; 3(3): p. 280-96.
77. Lau N, Sales P, Averill S, Murphy F, Sato SO, Murphy S. A safer alternative: Cannabis substitution as harm reduction. *Drug Alcohol Rev*. 2015; 34(6): p. 654-9.
78. Collen M. Prescribing cannabis for harm reduction. *Harm Reduct J*. 2012; 1(9): p. 1.
79. Thomas Schwitzer, Claudine Gillet, Michael Bisch, Paolo Di Patrizio, Raymund Schwan, Vincent Laprevote. Consommations conjointes de cannabis et de tabac: connaissances cliniques et perspectives thérapeutiques. *Thérapie*. 2016; 71(3): p. 315–322.
80. David Schofield, Chris Tennant, Louise Nash, Louisa Degenhardt, Alison Cornish, Coletta Hobbs, Gail Brennan. Reasons for cannabis use in psychosis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2006; 40: p. 570–574.
81. Costain WF. The effects of cannabis abuse on the symptoms of schizophrenia: patient perspectives. *Int J Ment Health Nurs*. 2008; 17(4): p. 227-35.

VII. Annexes

A. Critères DSM-V d'un trouble de l'usage

DSM IV Texte révisé (2000)	DSM V (2013)
Trouble de l'usage d'une substance → Abus (4 critères) → Dépendance (7 critères) 4 + 7 = 11 critères	Trouble de l'usage d'une substance → Léger → Modéré → Sévère 11 critères (+ craving ; - problèmes légaux)
Trouble induit par une substance Intoxication, manque...	Trouble induit par une substance Intoxication, manque...

Les critères diagnostiques ont été mis à jour : un item « **craving** » est créé (désir intense, irréprouvable), et le critère « problèmes légaux » est supprimé en raison de la portée internationale du DSM - et des variations légales et culturelles des pays qui rendent ce critère obsolète.

Le soignant doit, outre le diagnostic de TUS, spécifier s'il y a une **dépendance physique (tolérance, sevrage)** et la présence de complications somatiques.

Critères	DSM-IV		DSM-V
	Abus	Dépendance	Trouble de l'utilisation de substance
Utilisation répétée conduisant à l'incapacité de remplir des obligations	+		+
Utilisation répétée dans des situations où cela peut être physiquement dangereux	+		+
Problèmes judiciaires en rapport à la substance	+		X
Problèmes interpersonnels/sociaux, causés ou exacerbés par les effets du produit	+		+
Tolérance a. besoin de quantités notablement plus fortes du produit pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré b. effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité du produit		+	+
Sevrage a. syndrome de sevrage b. consommation pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage		+	+
Désir persistant ou efforts infructueux pour diminuer ou contrôler l'utilisation		+	+
Prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu		+	+
Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir/utiliser le produit ou récupérer des effets		+	+
Réduction ou abandon d'activités importantes au profit de l'utilisation du produit		+	+
Utilisation persistante malgré un(des) problème(s) psychologique(s)/physique(s) persistant ou		+	+

récurent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par cette substance			
Craving (envie intense de consommer le produit)	X	X	+
Seuil diagnostic	1+ critères	3+ critères	Léger : 2-3 Modéré : 4-5 Sévère : >5

B. Outils de repérage spécifique du cannabis

Questionnaire CAST

	Jamais	Rarement	De temps en temps	Assez souvent	Très souvent
1. Avez-vous déjà fumé du cannabis <u>avant midi</u> ?	0	1	2	3	4
2. Avez-vous déjà fumé du cannabis lorsque vous étiez <u>seul(e)</u> ?	0	1	2	3	4
3. Avez-vous déjà eu <u>des problèmes de mémoire</u> quand vous fumez du cannabis ?	0	1	2	3	4
4. Des <u>amis</u> ou <u>des membres de votre famille</u> vous ont-ils déjà <u>dit</u> que vous devriez <u>réduire</u> votre consommation de cannabis ?	0	1	2	3	4
5. Avez-vous déjà essayé de <u>réduire</u> ou d'arrêter votre consommation de cannabis <u>sans y parvenir</u> ?	0	1	2	3	4
6. Avez-vous déjà eu des problèmes <u>à cause de votre consommation</u> de cannabis (dispute, bagarre, accident, mauvais résultat à l'école, etc.) ?	0	1	2	3	4

→ Deux approches :

- 1) Répondre « oui » à deux questions doit faire évaluer les conséquences de la consommation
- 2) Evaluation du risque de dépendance selon un score entre 0 à 24 :
 - < 3 : usagers sans risque
 - 3 – 6 : usagers à risque faible
 - > 6 : usagers à risque élevé

Questionnaire ADOSPA

1. Êtes-vous déjà monté(e) dans un véhicule (<u>a</u> 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 <u>d</u> étendre, vous sentir mieux ou tenir le coup ?
3. Avez-vous <u>o</u> ublié des choses que vous deviez faire (ou fait des choses que vous n'auriez pas faites) quand vous utilisez de l'alcool ou d'autres drogues ?
4. Consommez-vous de l'alcool et d'autres drogues quand vous êtes <u>s</u> eur(e)
5. Avez-vous déjà eu des <u>p</u> roblèmes en consommant de l'alcool ou d'autres drogues ?
6. Vos <u>a</u> mis ou votre famille vous ont-ils déjà dit que vous deviez réduire votre consommation de boissons alcoolisées ou d'autres drogues ?

→ Au moins 2 réponses affirmatives sur les 6 questions indiquent un usage nocif (abus).

Test ALAC

1- Votre entourage s'est-il plaint de votre consommation de cannabis ?
2- Avez-vous des problèmes de mémoire immédiate ?
3- Avez-vous déjà eu des épisodes délirants lors d'usage de cannabis ?
4- Considérez-vous qu'il soit 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 (e) préoccupé (e) par les effets de votre usage de cannabis ?
7- Avez-vous plus de difficultés à étudier, à intégrer des informations nouvelles ?
8- Avez-vous déjà essayé sans succès de diminuer ou d'arrêter votre usage de cannabis ?
9- Aimez-vous planer, être défoncé (e), être stone, dès le matin ?
10- Etes-vous de plus en plus souvent défoncé (e) ?
11- Avez-vous ressenti une envie très forte de consommer, des maux de tête, de l'irritabilité ou des difficultés de concentration quand vous diminuez ou arrêtez l'usage du cannabis ?

→ Usage nocif à partir de 3 réponses positives.

Plus d'informations et de tests dans le « Guide pratique des principaux outils de repérage de l'usage problématique de cannabis chez les adolescents » de Ivana Obradvic (2013) publié par l'OFDT :

<http://www.ofdt.fr/aide-aux-acteurs/reperage-precoce/> ou
<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxiot9.pdf>

C. Interview d'infodrogues

Pouvez-vous vous présenter et présenter votre association ?

« Infodrogues est une ASBL fondé en 1971 et est la plus ancienne association active en matière de toxicomanie en communauté française de Belgique. Nous travaillons sans médecin, et offrons différents services.

Certains sont directement destinés aux usagers ou à l'entourage d'usagers (proches et famille) : nous proposons une permanence téléphonique, un service d'e-permanence (mail...) et des consultations. Comme nos bureaux sont situés à Bruxelles, ces consultations sont essentiellement fréquentées par ses habitants. Pour les personnes contactant par téléphone et venant d'autres régions, elles sont orientées vers des partenaires (les autres ASBL actives en matière de toxicomanie) comme Citadelle à Tournai ou le service de santé mentale du Tournaisis selon les situations.

Nous proposons également un service de prévention qui s'adresse aux professionnels qui rencontrent des usagers supposés ou avérés. C'est le cas des secteurs de l'enseignement, du social, de la santé, ou du judiciaire. C'est assez vaste.

Par ailleurs, nous avons aussi un service de communication, offrant des outils d'informations, gérant le site web et assurant la communication avec les médias, et nous avons un service de documentation fonctionnant comme une bibliothèque publique.

Quel a été votre motivation pour créer cette association ?

« A l'époque de la création, le phénomène d'usage de drogue était une thématique sociétale assez nouvelle et différentes ASBL (santé mentale, secteur de la jeunesse...) se sont rendu compte que les usagers de drogues étaient pris en charge soit sur le versant maladie (les hôpitaux), soit sur le versant

délinquance (police, prison). Elles ont pensé qu'il y avait autre chose à entendre dans l'usage de drogues et ont choisi d'ouvrir une parole autour des consommations. Il y a eu très vite la création de la permanence téléphonique qui fonctionne aujourd'hui de 8h à 22h en semaine et de 10h à 14h le week-end, avec la possibilité de laisser un message sur répondeur en dehors de ces heures.

Quelle est la différence entre la promotion de la santé et réduction des risques ?

« La promotion de la santé selon la charte d'Ottawa⁸ consiste à prendre la santé comme quelque chose de bien plus large que l'absence de maladie. Cette distinction est importante car nous travaillons dans cette vision globale de la santé vue comme le bien-être. Par conséquent, on ne vise pas seulement les actions de réductions des dommages ou des risques.

Les actions de RDR peuvent être menées avec les principes de promotion de la santé, c'est-à-dire en mettant l'utilisateur au centre, l'utilisateur qui, dans cette philosophie, est acteur et connaît ses besoins. »

Vous occupez-vous de cannabis ?

« Pour notre service de prévention, c'est avec l'alcool le principal produit pour lequel nous sommes sollicités. Nous travaillons essentiellement avec des professionnels qui travaillent avec des jeunes, bien qu'il nous arrive de travailler aussi avec des professionnels qui travaillent avec des adultes – hôpital psychiatrique, centre de santé mentale, lieux d'accueil pour adulte ou organisme au contact des gens vivant dans la rue. Mais l'essentiel des professionnels qui font appel à nous travaille avec des jeunes et s'inquiète de leurs consommations de cannabis.

Pour le service de permanence téléphonique, c'est également un des principaux produits avec l'alcool pour lequel nous sommes appelés. »

Pourquoi les consommateurs vous contactent-ils ?

« Certains souhaitent arrêter totalement, certains souhaitent réduire leur consommation, ou certains appellent plutôt pour de l'information, et nous travaillons avec l'attente des personnes. On ne vise pas le sevrage comme un absolu. »

Quels sont concrètement vos actions vis-à-vis du cannabis :

« De par notre abord global en termes de prévention, nous n'avons pas l'habitude de travailler en distinguant les produits. Nous essayons surtout de travailler sur les motivations des jeunes à consommer -, pour permettre aux acteurs de prendre conscience du sens des consommations, ou plutôt des multiples sens possibles.

On ne vise pas spécifiquement le produit et on essaye plutôt de s'en décaler. Les gens arrivent avec toute une série d'idées reçues sur les drogues illégales avec des représentations mortifères qui pour nous font obstacle à leur savoir, leurs compétences et leurs savoir-faire... Nous n'avons donc pas un abord direct du cannabis mais nous essayons plutôt de voir comment les représentations sociales autour du cannabis font obstacle à une prise en charge des situations qui impliquent des consommations de cannabis. »

⁸ Charte d'OTTAWA (21 novembre 1986) : « La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé ; son ambition est le bien-être complet de l'individu. »

Quelle est la vision de votre association sur les risques induits par le cannabis ?

« On ne nie pas qu'il existe certains risques, mais nous pensons qu'aborder la problématique des usages de drogues par les risques, notamment dans une perspective de prévention auprès d'adolescents ou de jeunes adultes, est contre-productif.

Donc justement, nous essayons de nous décentrer de ces considérations de dangers pour pouvoir plutôt travailler sur les aspects des motivations, qu'est-ce qui amène des jeunes à consommer, voir à surconsommer. Quand on nous pose des questions, nous répondons aussi près que possible des connaissances scientifiques actuelles, donc nous dressons un panorama des controverses qui existent en matière de conséquences sur la santé d'une utilisation régulière de cannabis.

Il est vrai que des études montrent une corrélation par exemple entre usage de cannabis et décrochages scolaire, mais dans le suivi de jeunes qui consomment, ce qu'on remarque souvent c'est que, au final, le décrochage précède souvent la consommation. Le lien de causalité nous semble donc devoir être pris avec précaution. »

Considérez-vous certains consommateurs comme plus à risques (problèmes cardiaques, femmes enceintes, cirrhose...) et quelle est-ce que votre position diffère vis-à-vis de ces derniers, doit-on envisager des actions spécifiques concernant ces profils à risques ?

« Beaucoup de femmes enceintes nous appellent et ne savent pas les risques encourus et il est toujours intéressant qu'une information soit diffusée. Mais la question de quelles actions sont mises en place est importante car si le résultat est la culpabilisation, les femmes qui fument un joint ne vont pas changer leurs habitudes par une approche moralisante.

De la même manière, quelle action mener pour les jeunes ? Plus les actions sont ciblées sur les produits et la dangerosité auprès d'un public adolescent, en terme d'évaluation et en terme de prévention, on remarque un effet pervers, et là où on pensait que cela aiderait, on se retrouve avec davantage encore de consommation. Donc, mener des actions oui, mais il faut que ces actions soient réfléchies, prennent en compte les actions passées et il faut que leurs effets ne stigmatisent pas les groupes. En matière de prévention, on n'est pas très loin. C'est toujours la santé et les dangers qui sont mis en avant alors que ça fait 30 ans que l'on sait que c'est inefficace. »

Concernant la réduction des risques, que pensez-vous des vaporisateurs ?

« D'une manière générale, toute mesure qui permet de réduire les risques liés à une consommation qui ne change pas est intéressante.

Dès qu'une chose en rapport avec la consommation sort, elle est diabolisée car l'idéal est celui de l'abstinence. A ce titre, on doit faire attention. En effet, les hommes consomment de tout temps, peut être de plus en plus, mais ce n'est pas en visant une société sans drogue et sans produit qu'on avance dans l'accompagnement et un mieux-être des usagers. »

Etes-vous en contact avec des médecins généralistes ?

« Oui, mais ces contacts ne sont pas institutionnalisés. Des généralistes nous appellent pour avoir une information, un conseil, une adresse... En Belgique francophone, le réseau Alto travaille avec toutes les problématiques de dépendance et prend en charge la formation des généralistes. Concernant ces thématiques, sur Bruxelles, il y a aussi le réseau d'aide aux toxicomanes (RAT) qui offre des formations plus spécifiquement destinées aux médecins, et comme nous ne voulons pas empiéter sur leur territoire, ce sont eux qui proposent et qui sont le plus connus par les MG concernant les possibilités de formation. Par contre, les médecins appellent pour connaître des lieux de prise en charge, des professionnels spécialisés etc. »

Aujourd'hui, comment voyez-vous le rôle des médecins généralistes vis-à-vis des consommateurs ?

« Un des grands obstacles qui est valable pour l'alcool, le cannabis et toutes les addictions concerne l'objectif qui habituellement vise trop l'arrêt de la consommation.

La position d'Infor-Drogues est que s'il existe un problème de dépendance, ce problème est présent pour répondre et gérer un autre problème, problème pour lequel la personne n'a pas trouvé d'autre solution. Donc, se focaliser sur l'arrêt de la consommation avant de s'occuper de ces autres problèmes fait obstacle à l'accompagnement. En effet, le consommateur peut se sentir dans l'incapacité d'arrêter sa /ses consommations et donc préfère ne pas en parler car il a l'impression que s'il en parle, il devrait arrêter. Comme ce n'est pas possible, il préfère ne pas en parler et banaliser sa consommation (« je gère »). Pour nous, un des objectifs visés avec les professionnels de prise en charge est de dire qu'on peut travailler, accompagner une personne, même si elle ne modifie pas sa consommation ou qu'elle ne la modifie pas dans l'immédiat. »

Quel devrait-être ce rôle ?

« Le MG est un acteur de première ligne incontournable, surtout auprès des jeunes qui ne consultent pas en matière de santé mentale mais qui vont plus facilement consulter les généralistes pour d'autres choses. A ce titre, le médecin généraliste a une place essentielle. Pour les adolescents, on pense qu'il s'agit de ne pas trop vite les étiqueter comme ayant « un problème de drogue ».

Au niveau du traitement des drogues, souvent tout est mis sur le produit et rien sur le sens de la consommation. Nous plaçons pour que tous, y compris les médecins généralistes, remettent du sens aux consommations auprès des patients ou des parents d'usager car on ne tombe pas dedans par hasard ».

Selon vous, quels sont les freins à la réduction du risque et quels sont les axes à améliorer ?

« Il faut travailler sur les représentations sociales, c'est une certitude. Ce sont les mêmes qu'en matière de tabac, l'idéal d'abstinence en étant une.

Le problème du statut légal n'aide pas.

Ce qui ressort des rencontres avec les médecins montre certaines lacunes dans leur formation initiale : il serait souhaitable qu'il y ait davantage de cours consacrés aux problématiques de surconsommation de produits psychotropes. »

D. Interview du Dr Van Den Broeck

Pouvez-vous vous présenter ?

Je suis le Docteur Van Den Broeck Nadine, j'ai 60 ans, je suis médecin généraliste de formation et depuis plus de 25 ans je suis aussi membre du questionnement psychanalytique qui est une institution bruxelloise d'orientation Freud-Lacannienne. Depuis 1989, je suis également un des membres fondateurs de Citadelle qui est un réseau d'aide destiné aux personnes ayant des soucis d'assuétudes en ambulatoire. Ce réseau d'aide a une permanence à laquelle les gens peuvent s'adresser mais les prises en charges sont réalisées dans les maisons médicales et les services de santé mentale faisant partis du réseau Citadelle afin que les patients puissent avoir un suivi non stigmatisé, au milieu de patients ordinaires.

Durant les 20 premières années de mon travail dans Citadelle, l'essentiel des demandes concernait l'héroïne, mais depuis 10 - 15 ans le profil de la toxicomanie a changé. Les drogues dures se sont répandues un peu différemment, et maintenant certaines personnes ont des usages durs de drogues dites "douces" comme le cannabis. Donc, depuis 10 - 15 ans, il y a des demandes spécifiques de prise en charge de jeunes ayant des difficultés à reprendre pied dans l'usage du cannabis. C'est probablement lié aux faits que le cannabis qui circule est de plus en plus riche en principe actif, que l'usage du cannabis est répandu et banalisé, et que certains jeunes consomment ce produit très tôt, à un moment où ils sont

extrêmement fragiles. Les âges de premières consommations tournent maintenant autour de 11 ans. A ce moment-là, l'usage du cannabis durant la période de l'adolescence a certainement des impacts beaucoup plus importants que ce qu'on avait comme idée du cannabis il y a une dizaine d'années.

Quel est le profil des patients qui vous contactent au sujet du cannabis et quelle est leur demande ?

Il y a des patients adultes qui contactent d'eux-mêmes parce qu'ils ont été sur internet ou parce qu'ils ont entendu qu'il y avait moyen de se faire aider dans les dépendances au cannabis. Ces gens ont, en général, des difficultés liées au cannabis qui sont soit d'ordre financier - car un usage « dur » du cannabis coûte quand même plusieurs centaines d'euros par mois -, soit ils se rendent compte que leur dépendance au cannabis commence à leur causer des soucis dans leur milieu professionnel ou dans leur couple et famille. Ils ont donc des demandes de psychothérapie pour essayer de reprendre pied dans leur consommation de cannabis et parfois ces personnes demandent à se faire hospitaliser parce que l'usage du cannabis est accompagné d'un repli social et d'une phobie sociale qui rend le retour au travail difficile.

En ce qui concerne les mineurs, en général la demande vient d'un proche du mineur. Ça peut être un assistant social ou un PMS de l'école qu'il fréquente car cette personne a l'impression que le jeune a des difficultés de traversée de son adolescence et que c'est lié à l'usage du cannabis. A ce moment-là, elle donne les coordonnées de Citadelle et souvent les adolescents sont envoyés chez moi. Souvent ce sont des adolescents qui ont des problématiques ou difficultés familiales et qui rencontrent le produit à un moment donné. Ils commencent à en faire un usage isolé, c'est à dire en dehors de l'usage du groupe et de l'usage récréatif. Ils commencent à en avoir un usage isolé parce que le produit prend une valeur d'automédication, soit pour les aider à combattre leur phobie scolaire (et donc à malgré tout aller à l'école en ayant fumé un joint pour "se détendre"), soit chez eux pour vivre des situations familiales difficiles avec des beaux-parents ou des parents, pour gérer l'agressivité de l'adolescence qui est difficile à gérer, soit encore pour trouver le sommeil car ils ont des insomnies rebelles. Dans ces cas-là, la prise en charge est essentiellement une psychothérapie. Ça arrive parfois qu'on ait recours à des médicaments adjuvants mais jamais en début de prise en charge. C'est quand vraiment on a eu le temps de bien comprendre ce qu'a le jeune et de voir si effectivement une aide médicamenteuse pourrait l'aider. Dans ces cas-là, il s'agit soit de toutes petites doses de quétiapine, soit de très petites doses de trazodone pour les aider justement, peut-être, à améliorer le sommeil. C'est parfois aussi des traitements à base de plantes pour essayer de retrouver le sommeil.

Quand on a à faire à des très jeunes, avec des vrais décrochages scolaires, les prises en charge individuelles s'accompagnent presque toujours d'une prise en charge familiale qui ici, dans la maison médicale, sont réalisées par l'assistante sociale Caroline Callens en co-consultation avec une psychothérapeute systémicienne, Gwenaëlle Lefebvre, qui travaille au service de santé mentale du Tournaisis. A ce moment-là, le jeune est reçu régulièrement avec, selon la situation, les deux parents, la mère, la grand-mère - pour gérer toutes les difficultés familiales dans lesquelles le jeune se trouve pris : le décrochage scolaire, la difficulté de le remettre en scolarisation, l'agressivité lorsqu'il se retrouve sans produit et "pète un câble", la question de l'argent de poche qui est détourné de sa fonction primaire pour acheter le produit, la question de l'argent des tartines qui est détourné également, les problèmes de racket à l'école etc. On essaye que toutes ces questions familiales et sociales soient prises en charge.

L'automédication est-elle une réponse adéquate ?

C'est un peu l'ambivalence que l'on trouve lorsqu'on parle de l'alcool. On peut imaginer qu'à toute petite dose, en bande le samedi soir, pour un jeune un peu timide, ça peut, lorsqu'un joint tourne, faciliter l'insertion sociale. Mais à partir du moment où il y a un usage régulier et surtout un usage isolé, ça devient une tentative d'automédication d'angoisses, d'insomnies qui devrait évidemment trouver d'autres issues que le cannabis. Comme l'alcool, c'est un produit qui agit comme psychotrope mais qui

empêche aussi les processus cérébraux de se mettre en place et d'aider à avancer dans la question intrapsychique.

Par exemple, la question des insomnies : de tout temps l'adolescence s'est accompagnée d'insomnie. Quasiment un des premiers signes d'arrivée dans l'adolescence, c'est le jeune qui ne trouve plus le sommeil. L'insomnie, même si c'est inconfortable, a des fonctions positives. C'est à dire que celui qui rumine, celui qui pense, donne du temps à sa pensée pour essayer de comprendre ce qui lui arrive sur le plan amoureux, sur le plan social, d'où il vient, que sont les parents pour lui, qu'est-ce qu'il va faire plus tard etc. Donc l'adolescence est une période qui nécessite un travail de pensée extrêmement intense et qui, la plupart du temps, s'accompagne d'insomnies. Mais si l'insomnie est, d'une certaine façon, court-circuitée par les joints, qui donnent un sommeil non réparateur, des angoisses au réveil et même parfois de telles montagnes russes au niveau psychique que lorsque le jeune n'a plus le joint il est dans un état d'angoisses envahissantes et dans des états d'agressivités importants, évidemment que ça ne va pas l'aider. En plus de ça, vient la grande question de savoir que le cannabis a aussi des effets de décrochage par rapport à la réalité - pas tellement qu'il donne des hallucinations comme le LSD etc. - mais des décrochages par exemple par rapport à la notion intrapsychique du temps. Ça fait « passer le temps » quand le jeune s'ennuie. Alors que la notion intrapsychique du temps est quelque chose d'essentielle dans le repérage de soi. Donc si le jeune se met à consommer et décroche de plus en plus de la réalité, ça peut donner, et c'est prouvé maintenant, un passage accru à des états psychotiques. Plus l'usage est intense, plus l'usage est précoce, et plus la personnalité est fragile.

Donc c'est évident que ça n'aide pas le jeune à avancer dans son adolescence.

Quelle est votre vision sur les risques induits par le cannabis ?

D'un point de vue des risques sociaux, un des risques majeurs est que dans la plupart des situations les adultes qui côtoient le jeune n'ont pas la connaissance du produit. Ils ont la connaissance de l'alcool et du tabac mais, en général, ils n'ont pas la connaissance personnelle ou proche de ce qu'est le cannabis. Il y a donc une réponse inadéquate qui est liée au fait que l'usage du cannabis est souvent dramatisé, sans essayer vraiment de comprendre avec le jeune l'usage ou de repérer la place du produit dans sa vie. Il y a beaucoup de familles dans lesquelles le cannabis est considéré comme de la "Drogue" avec un grand "D" et n'est pas différencié des autres produits. Les parents vont donc tenir un discours inadéquat par rapport à la consommation parce que le jeune, à raison, estime que les parents ne le comprennent pas. Ils ne comprennent pas son rapport au produit. Le jeune dit très souvent en consultation : "les parents me fliquent car ils ne veulent pas que je fume, mais mon père et ma mère picolent régulièrement et il faut les voir quand ils ont picolé" et le jeune n'a pas tout à fait tort sur cette façon de voir le rapport au produit. Donc ça crée des incompréhensions dans les familles qui est tout à fait redondant par exemple à l'incompréhension du rapport aux écrans dans les familles. La plupart du temps, pour s'endormir les parents regardent la télé ou lisent, tandis que les jeunes sont sur des écrans. Des écrans que les parents ne comprennent pas, ne dominent pas et donc ils ont tendance à reprocher aux jeunes leur rapport aux écrans sans essayer non plus de comprendre finement - par exemple si le jeune est sur wikipédia en train de faire des recherches pour un exposé pour son école, s'il écoute de la musique, s'il tchate avec des copains ou parle à sa copine, ou s'il est dans des jeux en réseau... Les parents font un amalgame de tout ça ce qui accentue l'incompréhension dans les familles. C'est déjà un risque majeur. Le deuxième risque est lié au fait que c'est un produit illégal, et donc un jeune va avoir du mal à parler de son rapport à ça car il a l'impression que cela va avoir des conséquences sociales importantes au niveau de sa scolarisation, d'un éventuel placement, de son rapport à la police etc. Je pense très honnêtement qu'il faudrait que le cannabis soit traité de la même façon que l'alcool. Ça va sans doute prendre encore du temps avant que la société n'évolue par rapport à cela.

Est-ce que ça vaut la peine d'essayer de réduire les risques avec les patients ?

Je crois que les patients ont envie qu'on leur parle vrai. C'est à dire qu'on connaisse les effets psychotropes du cannabis, qu'on puisse leur expliquer - par exemple les effets sur la mémoire. C'est quelque chose auquel les jeunes sont généralement assez vite sensibles. Si on leur explique par exemple que le cannabis interfère avec la mémoire de travail et donc lorsqu'ils utilisent du cannabis à un moment où ils ont besoin d'acquérir une compétence, ça va entraver la mémorisation, c'est quelque chose à laquelle ils sont assez sensibles. Je pense donc qu'il faut parler vrai au jeune, pouvoir dire, par rapport au risque de la dépendance, que ce n'est pas en fumant de temps en temps un joint qu'ils vont tout de suite basculer dans les drogues dures – c'est un discours que beaucoup d'adultes tiennent. Mais qu'effectivement, on sait qu'à partir d'une consommation quotidienne, il y a vraiment des effets qui vont s'inscrire et créer une dépendance réelle au niveau de l'insomnie, de l'anxiété, du comportement... Dire aussi que ça interfère avec les acquis. Il y a maintenant des études très poussées qui montrent que des ados qui ont un usage régulier du cannabis pendant leur période scolaire vont avoir des acquis cognitifs diminués. Ces études ont déjà été faites pour l'alcool. En matière d'alcool, et de consommation d'alcool en première année d'étude supérieure (la période des guindailles, des bleus etc.), on a pu montrer qu'un usage régulier d'alcool non géré avec des trous noir induisait déjà des différences cognitives à la fin d'une année de consommation. Ce sont des arguments qui, si on peut les expliquer, et c'est vraiment l'un des rôles des médecins, sont un des éléments auxquels le jeune va être attentif parce que ce n'est pas un élément de moralisation mais vraiment de tentative de réduction des risques. Ce n'est pas se mettre dans une position morale de dire "ce n'est pas bien de fumer des joints, ce n'est pas bien de boire de l'alcool" mais d'essayer d'en trouver un usage qui est régulé, qui n'induit pas de dégât sur le cerveau et si possible qui n'induit pas de dépendance.

Enfin, un élément auquel les filles sont très sensibles sont les arguments où l'on peut dire qu'aussi bien l'alcool que le cannabis ont des effets sur la grossesse. La plupart des filles, même si elles n'ont pas désir de grossesse, vont avoir le désir d'arriver dans la période de leur vie où elles ont envie de devenir mère, si possible en ne devant pas gérer une dépendance à l'un de ses deux produits. C'est aussi une question de RdR qui est importante et je pense que c'est les médecins qui peuvent parler de ça.

Quels devraient être les objectifs avec les patients consommateurs (sevrage, consommation responsable...) ?

Je pense qu'on doit viser à aider la personne dans sa demande. En général, quand une personne commence à accepter de parler de ça, elle a un début de demande qui peut être du côté financier, du côté "ma copine en a marre" ou du côté "quand j'arrive à l'école, mes éducateurs se rendent bien compte que je pique du nez sur mon banc et ça ne va pas". Il faut parler de ce qui fait inconvénient pour la personne à ce moment-là et essayer de voir comment l'aider à partir de cette question-là. Il faut toujours partir d'une demande de la personne et si elle n'a pas de demande - "moi je m'en fou c'est mes parents qui..." - peut être dire que ça améliorerait l'ambiance familiale si les parents ne se braquaient pas là-dessus. « Est ce qu'on peut en parler une fois tous ensemble ? » et discuter avec les parents de ce produit qu'ils ne connaissent pas...

Pour le cannabis c'est assez rare que les jeunes disent "j'ai envie d'arrêter totalement". Leur demande est généralement plutôt de retrouver un usage récréatif.

Ce qu'on constate quand même, c'est que dans la plupart des cas, passé un certain âge, la plupart des adultes retrouvent un usage récréatif du cannabis.

Comment aborder le cannabis avec un patient en première ligne ?

Un très bel exemple est le patient qui vient pour une bronchite : on connaît les effets néfastes du cannabis et du tabac sur les bronches. Les infections respiratoires sont un très bon moment pour, après avoir soigné l'infection respiratoire, s'asseoir et demander au patient s'il est fumeur, s'il fume préciser qu'est-

ce qu'il fume, comment il fume, s'il fume des joints simplement en mettant du cannabis dans des joints ou s'il cherche des effets plus intenses avec des pipes, des bangs, s'il se sent parfois à court d'haleine, s'il connaît les effets etc.

Ce qui fait surtout les problèmes pulmonaires du cannabis par rapport au tabac est que la personne chez qui une certaine dépendance au cannabis s'installe a tendance à faire des inhalations extrêmement profondes, ce qui amène les produits très en profondeur dans les bronches. C'est donc une bonne occasion pour en parler à la personne. Sans faire la morale en disant "tu l'a bien cherchée ta bronchite" mais voir avec le patient le nombre de fois où il n'est pas bien au niveau respiratoire sur l'année, voir si au niveau sportif il se sent un peu limité... Beaucoup de jeunes ont des pratiques sportives et l'un des premiers éléments qui les embêtent c'est quand, lors de l'entraînement de foot, ils doivent tourner autour du terrain. Ils ont l'impression déjà d'être un peu plus court d'haleine.

C'est quelque chose que le patient amène, et il ne faut pas avoir peur d'être proactif par rapport aux consommations. On peut en parler de façon naturelle et s'il ne fume pas il ne va jamais se vexer qu'on lui ai posé la question, enfin je ne pense pas.

Concernant les jeunes, les femmes enceintes, les patients coronariens, cirrhotiques ou qui ont des problèmes respiratoires - qui courent un risque particulier, doit-on changer notre approche ?

Par rapport à ces patients-là, je demande plus volontiers l'avis d'un spécialiste. Par exemple demander l'avis du pneumologue. Le pneumologue va réaliser des EFR poussées où la personne va avoir concrètement l'évaluation de son risque sanitaire. Il va pouvoir traiter, encourager, permettre l'accès à un tabacologue pour encourager les méthodes d'arrêt, et je trouve que sur ce plan là la collaboration avec un spécialiste peut être très utile. Je vois ce problème plutôt du côté des cocaïnomanes qui ont un risque majoré par rapport à l'usage du crack. Certains pneumologues acceptent d'hospitaliser pour mise au point pulmonaire des gens ayant des pneumonies ou des détresses respiratoires à répétition et je pense que ça a vraiment des effets de soins pour la personne.

Quels serait la place de la deuxième ligne en terme de santé mentale dans les problèmes de cannabis ?

La deuxième ligne a très certainement sa place dans les états où on se demande si le patient n'est pas en train de basculer dans la schizophrénie ou dans la psychose. C'est intéressant pour ces cas de connaître un pédopsychiatre ou un psychiatre spécialisé en matière d'adolescent. Malheureusement ce n'est pas évident à trouver. Dans notre région il n'y a que le Dr Lecomte qui est particulièrement sensibilisé à l'usage de cannabis chez les jeunes. Mais c'est très difficile d'avoir l'aide d'un psychiatre spécialisé et d'envisager une éventuelle hospitalisation pour mettre les jeunes à l'abri du produit afin d'évaluer leur état de santé mentale et de sociabilisation lorsqu'ils sont à l'abri du produit. Pour les mineurs, dans notre région c'est très difficile et il faut travailler alors avec des services d'adultes comme le service 4000 et c'est très compliqué. Mais dans d'autres régions c'est plus facile à organiser.

D'après mon enquête, beaucoup de médecins pensent mal connaître le cannabis, prennent peu en charge les addictions et ne parlent pas d'eux-mêmes du cannabis avec leurs patients. Pour finir, quel devrait être le rôle de la première ligne par rapport au cannabis ?

Je crois que pour mes confrères généralistes, la plupart du temps le jeune consulte le médecin que ses parents consultent. Donc c'est un médecin de famille. Le jeune va avoir tendance d'éviter au maximum de parler de ça avec cette personne puisque c'est le médecin de ses parents. Donc, quand on est un médecin de famille, une des premières choses à faire est de garantir au jeune le secret médical. Quitte un moment donné à dire au jeune "il me semble que tu es trop en difficulté, je préférerais que tu ailles parler de ça avec quelqu'un qui a plus l'habitude de s'occuper d'assuétude". Mais dans un premier temps, si on veut pouvoir donner un espace de parole au jeune, il faut commencer - comme en matière

de contraception et de prise de risque sexuel - par garantir au jeune le secret médical par rapport à son entourage social. C'est la première chose à faire.

Le mot de la fin ?

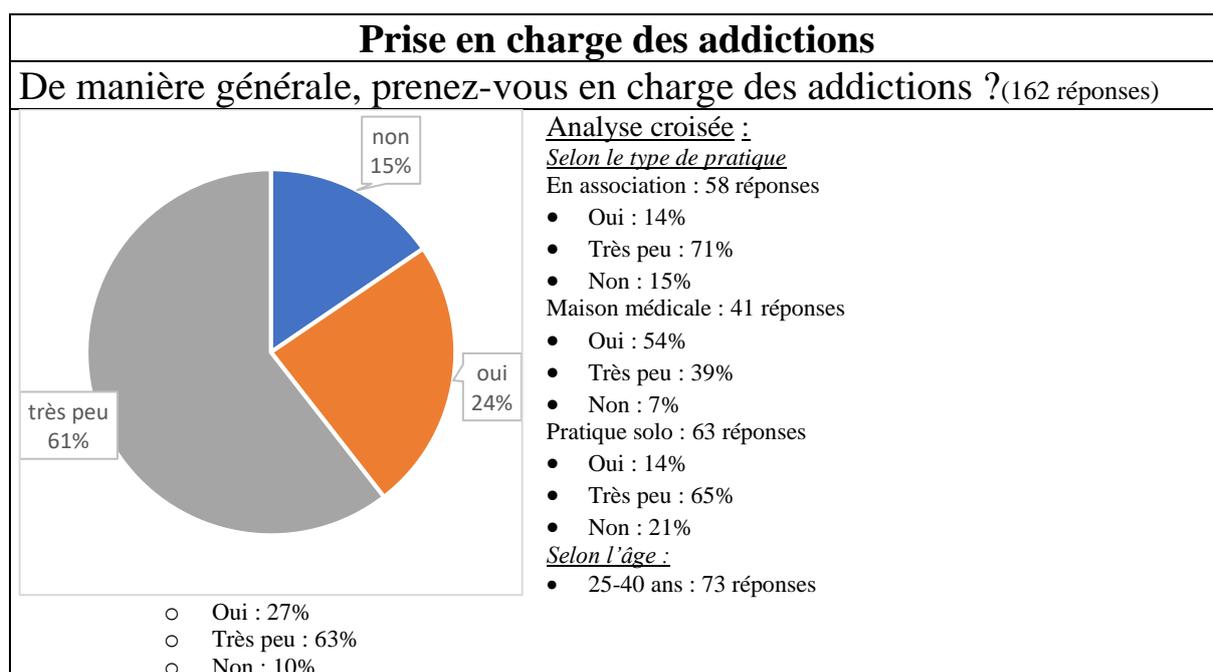
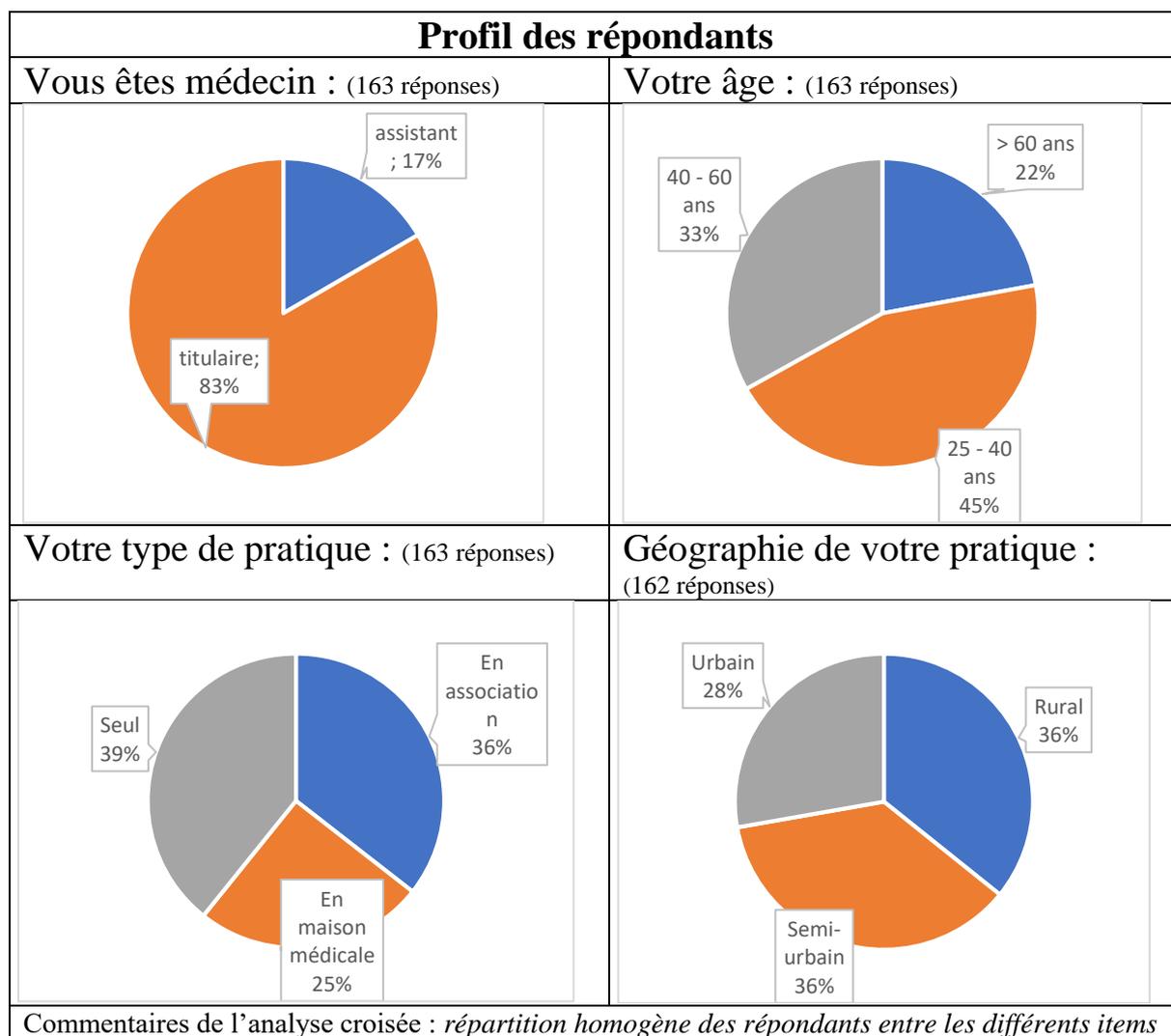
C'est un sujet d'actualité et je suis persuadée que les généralistes, avec les compétences qu'ils ont dans tous les autres domaines de la vie, pourraient être plus présents et d'avantage une ressource pour les jeunes en difficultés.

E. Enquête destinée aux médecins généralistes

1. Questionnaire envoyé aux médecins

<p>1. Vous êtes médecin : Une seule réponse possible.</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> assistant<input type="radio"/> titulaire <p>2. Votre âge : Une seule réponse possible.</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> 25 - 40 ans<input type="radio"/> 40 - 60 ans<input type="radio"/> > 60 ans <p>3. Votre type de pratique : Une seule réponse possible.</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Seul<input type="radio"/> En association<input type="radio"/> En maison médicale <p>4. Géographie de votre pratique : Une seule réponse possible.</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Urbain<input type="radio"/> Semi-urbain<input type="radio"/> Rural <p>5. De manière générale, prenez-vous en charge des addictions ? Une seule réponse possible.</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> oui<input type="radio"/> très peu<input type="radio"/> non <p>6. Certains de vos patient fument ils du cannabis ? Une seule réponse possible.</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> oui<input type="radio"/> non<input type="radio"/> je ne sais pas <p>7. Le cannabis a été responsable directement ou indirectement de problème de santé dans votre patientèle : Une seule réponse possible.</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> oui<input type="radio"/> non <p>8. Ce sujet est abordé : Plusieurs réponses possibles.</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> par vous<input type="radio"/> par le patient ou un proche du patient<input type="radio"/> pas abordé <p>9. Selon quel angle est-il abordé habituellement : Une seule réponse possible.</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> motifs ou conséquences psycho-sociales<input type="radio"/> pathologie induite par la consommation <p>10. L'utilisation régulière de cannabis relève : Plusieurs réponses possibles.</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> de la vie privée du patient<input type="radio"/> de la médecine générale<input type="radio"/> de la deuxième ligne (addictologue, psychiatre, cliniques...)	<p>11. Vos connaissances sur le cannabis sont : Une seule réponse possible.</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> actualisées<input type="radio"/> peu ou pas actualisées<input type="radio"/> restreintes <p>12. Vous considérez le cannabis comme : Plusieurs réponses possibles.</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> potentiellement bénéfique<input type="radio"/> globalement inoffensif<input type="radio"/> risqué<input type="radio"/> dangereux <p>13. Vous avez connaissance des risques encourus par le consommateur : Une seule réponse possible.</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> un peu, par l'expérience<input type="radio"/> dans les grandes lignes<input type="radio"/> précisément <p>14. Vous êtes familier avec la notion de réduction des risques : Une seule réponse possible.</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> oui<input type="radio"/> non <p>15. Aider un patient à réduire les risques induit par sa consommation de cannabis vous intéresse : Une seule réponse possible.</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> oui<input type="radio"/> non<input type="radio"/> éventuellement <p>16. Pour accompagner un patient dans la réduction des risques de sa consommation, vous sentez-vous : Une seule réponse possible.</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> compétent<input type="radio"/> un peu compétent<input type="radio"/> pas compétent <p>17. Qu'est ce qui limite le rôle du généraliste : Plusieurs réponses possibles.</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> manque de temps<input type="radio"/> manque de connaissance<input type="radio"/> absence de demande du patient<input type="radio"/> pas de sa compétence<input type="radio"/> Autre : <p>18. La réduction des risques liés à la consommation de cannabis est : Une seule réponse possible.</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> possible<input type="radio"/> impossible sans sevrage<input type="radio"/> pas du ressort du médecin généraliste <p>19. Observations libres sur le sujet (anecdote personnelle, réflexion, question...)</p>
---	--

2. Réponses et analyse



- 40-60 ans : 53 réponses
 - Oui : 19%
 - Très peu : 60%
 - Non : 21%
- 60 ans : 36 réponses
 - Oui : 25%
 - Très peu : 56%
 - Non : 19%

Selon la géographie :

- Urbain : 45 réponses
 - Oui : 34% (top)
 - Très peu : 48%
 - Non : 18% (top)
- Semi urbain : 59 réponses
 - Oui : 22%
 - Très peu : 64%
 - Non : 14%
- Rural : 58 réponses
 - Oui : 19%
 - Très peu : 65%
 - Non : 16%

Commentaires :

- En maison médicale, le taux de prise en charge des addictions est plus élevé
- Sur l'âge : pas de corrélation marquée dans la prise en charge des addictions
- En milieu urbain : Il y a plus de prise en charge, il y a aussi plus d'absence de prise en charge (réponse « non »)
- Selon le milieu Rural et Semi-Urbain : il n'y a pas de différence
- Selon le statut assistant/titulaire : il n'y a pas de différence

Limitation à ces commentaires : 54% des réponses de milieu urbain viennent de maisons médicales.

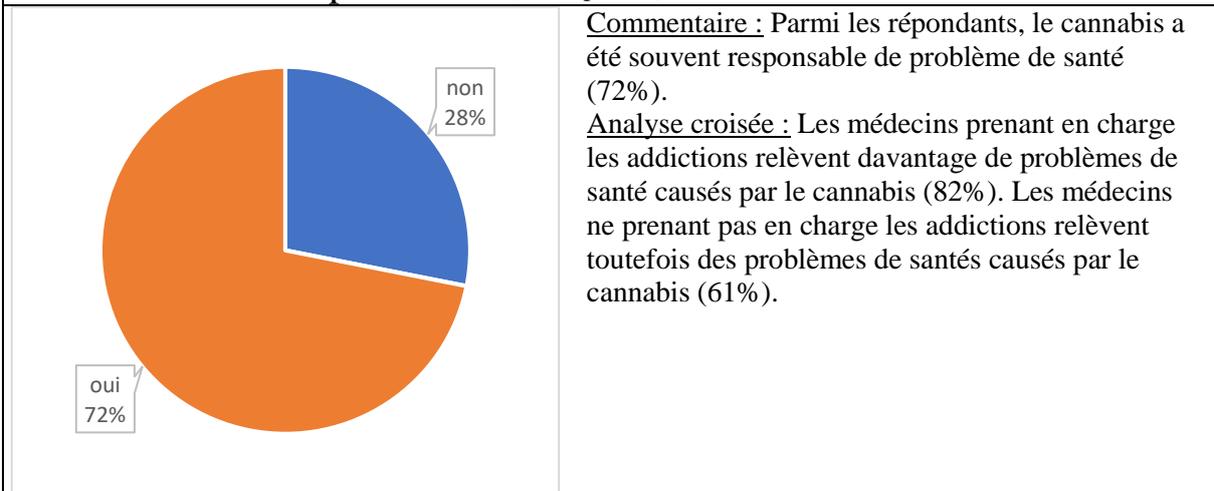
Cannabis dans la patientèle

Certains de vos patient fument-ils du cannabis ? (163 réponses)

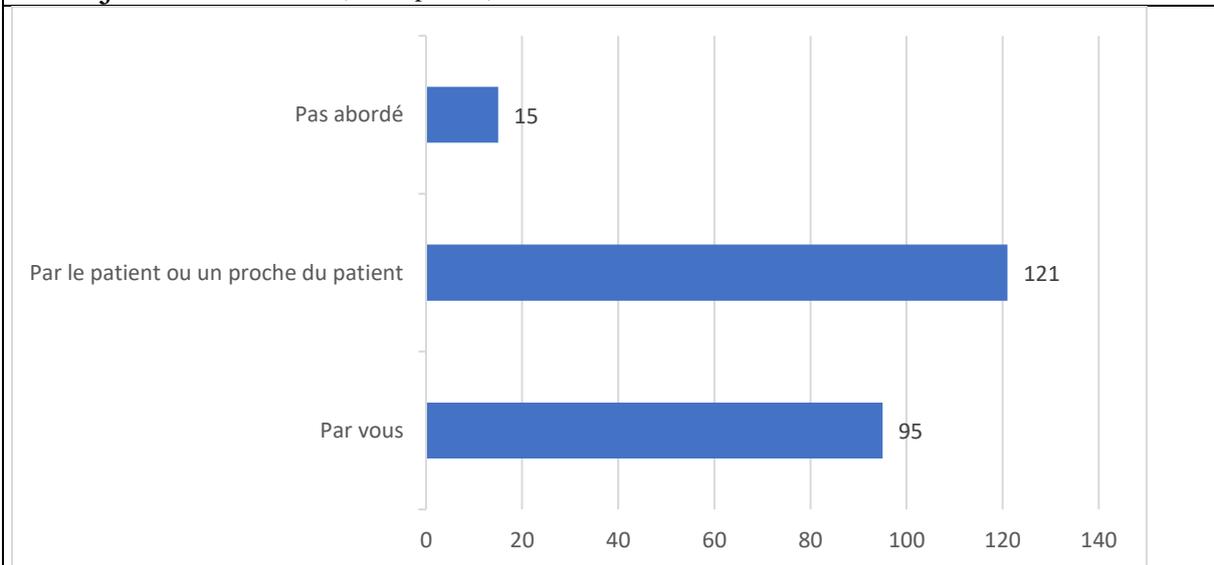


Commentaires : L'immense majorité (156/163) des médecins ayant répondu au questionnaire répond positivement.

Le cannabis a été responsable directement ou indirectement de problème de santé dans votre patientèle :(160 réponses)



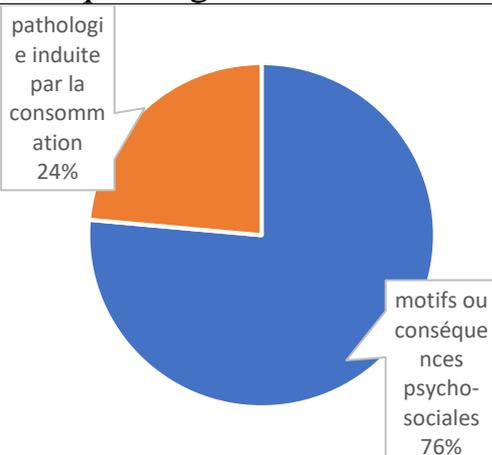
Ce sujet est abordé :(162 réponses)



Analyse croisée : Parmi les répondants en maison médicale : le cannabis est abordé systématiquement (100% des répondants) par le patient ou par le médecin.

Commentaire : C'est dans les maisons médicales qu'il y a la plus forte proportion de prise en charge des addictions.

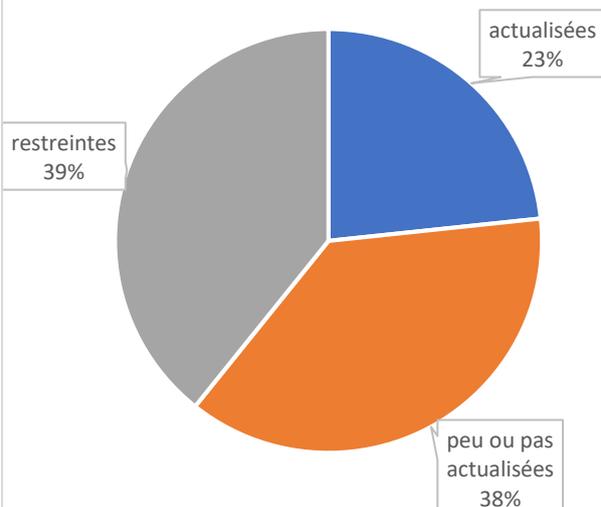
Selon quel angle est-il abordé habituellement :(157 réponses)



Analyse croisée : Le cannabis est davantage abordé selon les motifs ou conséquences psychosociales, surtout lorsque le sujet est abordé par le patient (83%). Le médecin aborde également davantage (61%) selon l'angle des motifs ou conséquences psychosociales ; 39% des médecins l'abordent habituellement sous l'angle des pathologies.

Connaissance des répondants sur le cannabis

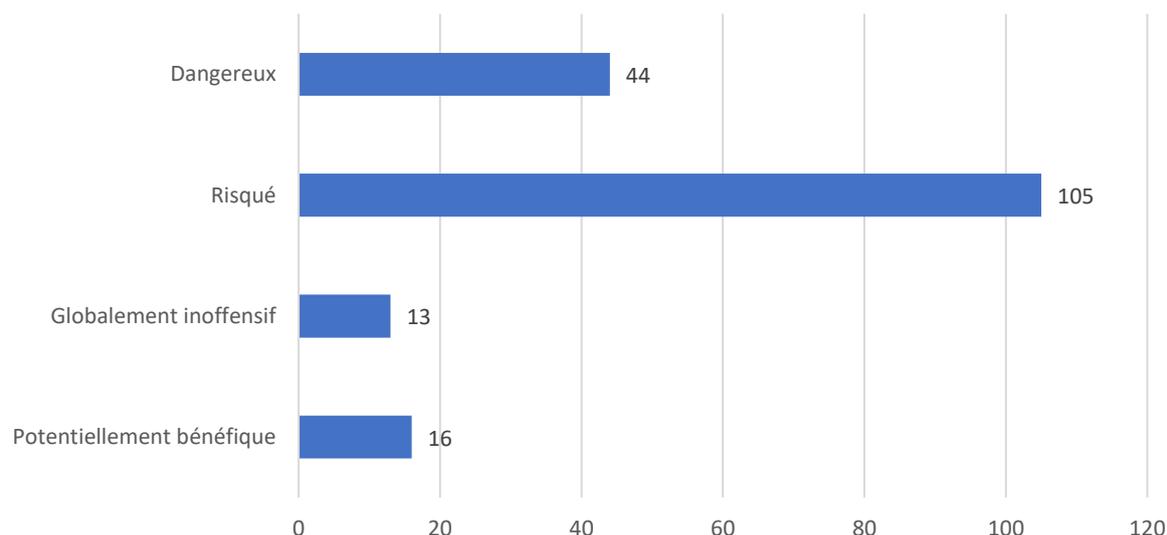
Vos connaissances sur le cannabis sont :(163 réponses)



Commentaire : La majorité des médecins répondants, manque de connaissance sur le cannabis, avec 23% des répondants qui considère que leurs connaissances sont actualisées.

Analyse croisée : Parmi les médecins qui prennent en charge des addictions, environ la moitié (51%) ont des connaissances restreintes ou peu actualisées sur le cannabis.

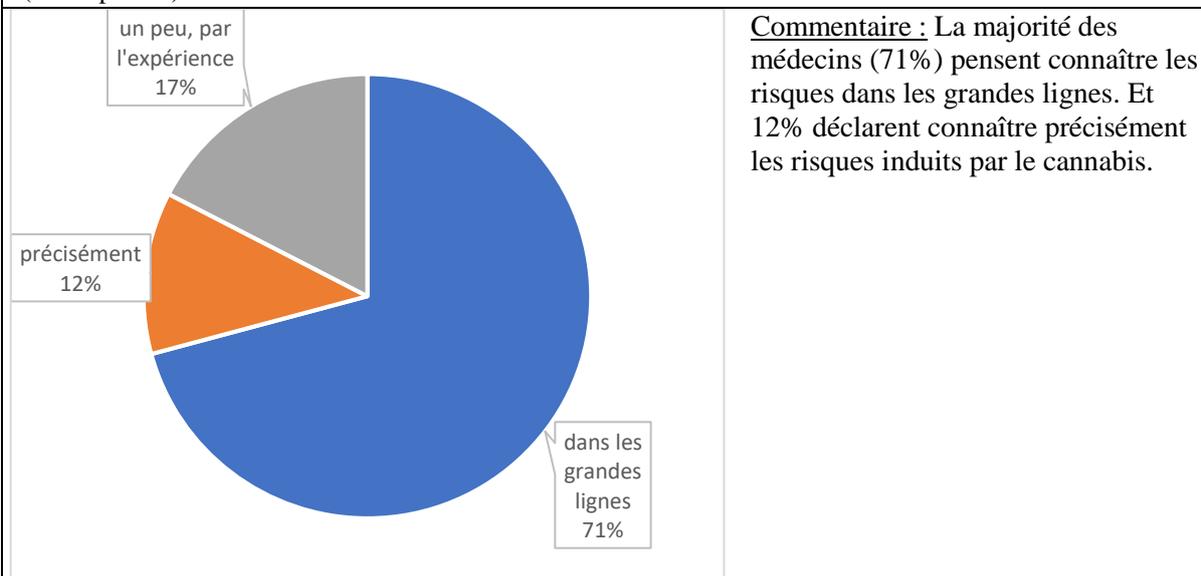
Vous considérez le cannabis comme :(158 réponses)



Analyse croisée : 91% des médecins dont les connaissances sont actualisées considère que le cannabis peut être risqué ou dangereux - et 9% considère que qu'il est inoffensif ou potentiellement bénéfique. Pourtant, les connaissances ne sont pas déterminantes car les chiffres sont les mêmes si les connaissances sont peu actualisées ou restreintes.

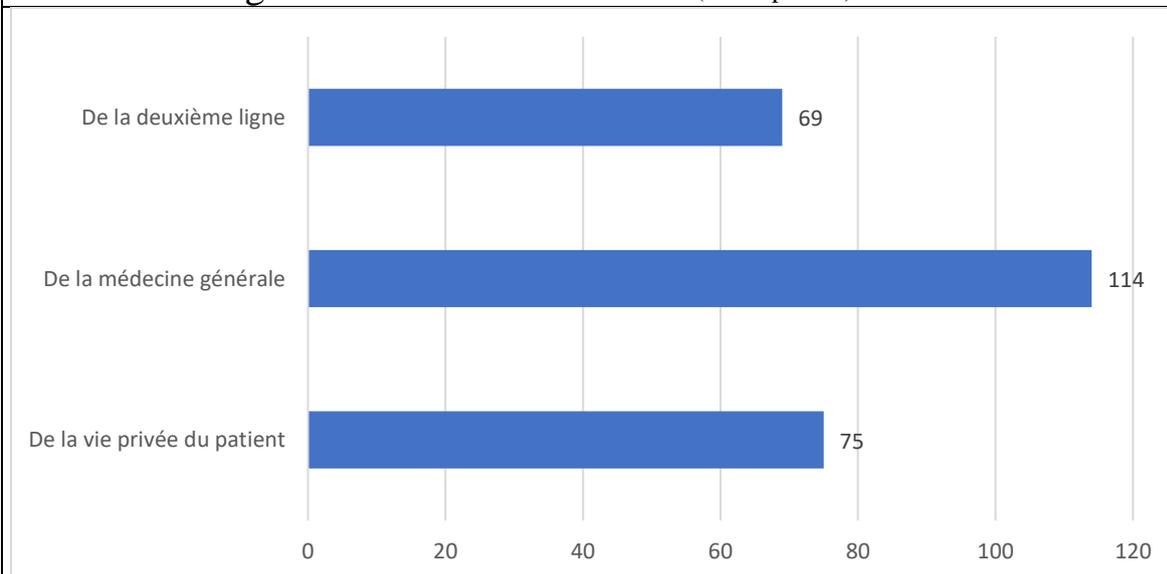
Vous avez connaissance des risques encourus par le consommateur

:(161 réponses)



Place en médecine générale

L'utilisation régulière de cannabis relève : (158 réponses)



Commentaire :

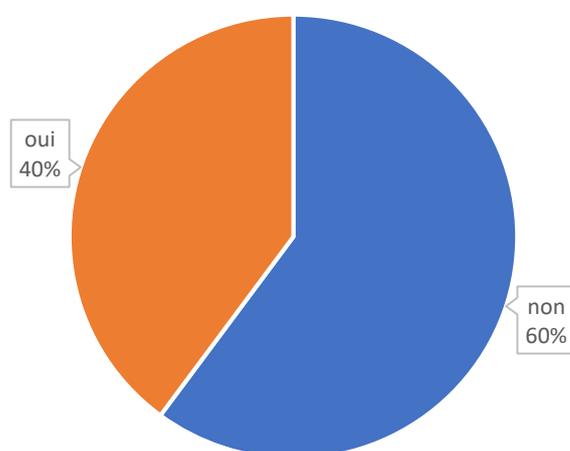
72% des répondants considèrent que la médecine générale a un rôle à jouer dans l'utilisation régulière de cannabis et 44% des répondant considère que la deuxième ligne a un rôle à jouer. 14% considère que la consommation de cannabis ne relève que de la vie privée du patient. 13% considère que ça ne relève que de la deuxième ligne

Analyse croisée :

90% des médecins qui prennent en charge des addictions habituellement considèrent que la médecine générale a un rôle à jouer avec les patients qui utilisent régulièrement du cannabis.

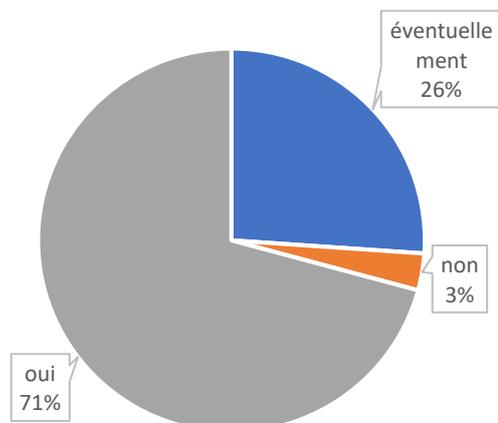
52% de ceux qui ne prennent pas en charge d'addiction considère que la médecine générale a un rôle à jouer.

Vous êtes familier avec la notion de réduction des risques : (163 réponses)



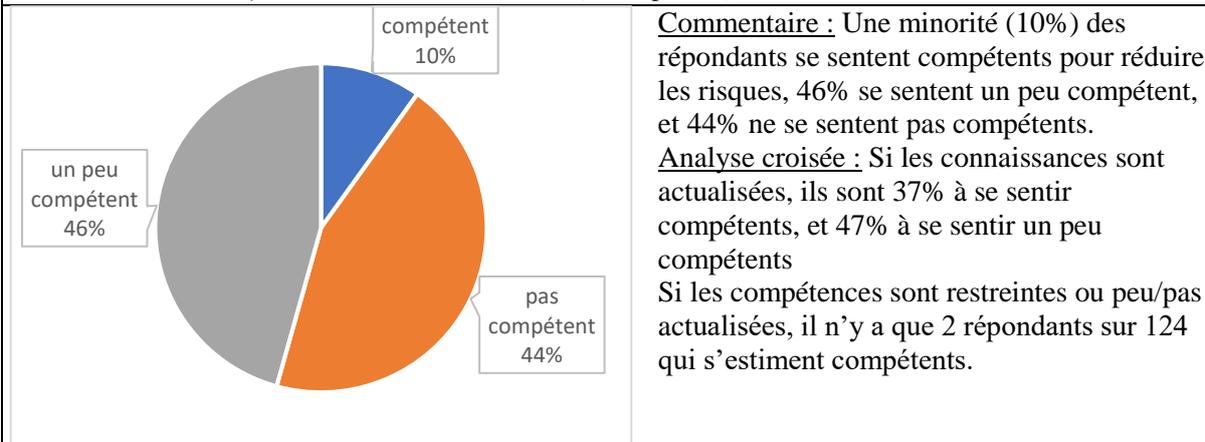
Commentaire : La notion de RdR est mal connue : 60% des répondants n'en sont pas complètement familier.
Analyse croisée : 72 % des médecins prenant en charge les addictions connaissent cette notion.
70% des médecins qui ne prennent pas ou peu en charge des addictions ne connaissent pas bien cette notion.

Aider un patient à réduire les risques induit par sa consommation de cannabis vous intéresse : (161 réponses)

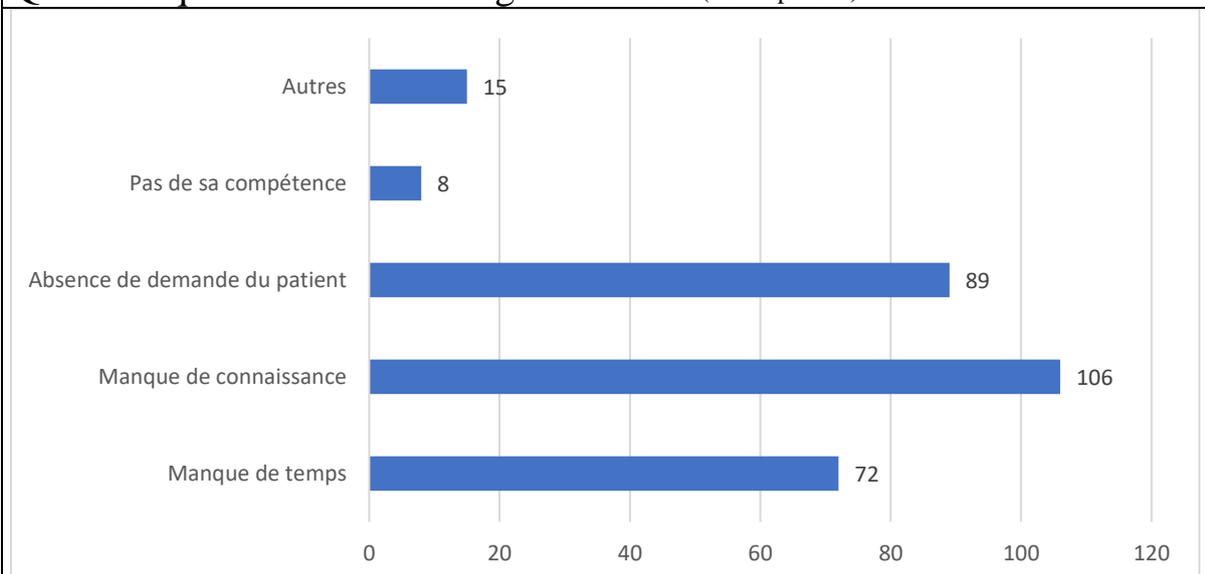


Commentaire : 97% des répondants se disent intéressés ou éventuellement intéressés par réduire les risques,
Analyse croisée : cet intérêt se retrouve aussi parmi les médecins ne prenant pas en charge les addictions (91%).

Pour accompagner un patient dans la réduction des risques de sa consommation, vous sentez-vous : (162 réponses)



Qu'est ce qui limite le rôle du généraliste : (161 réponses)

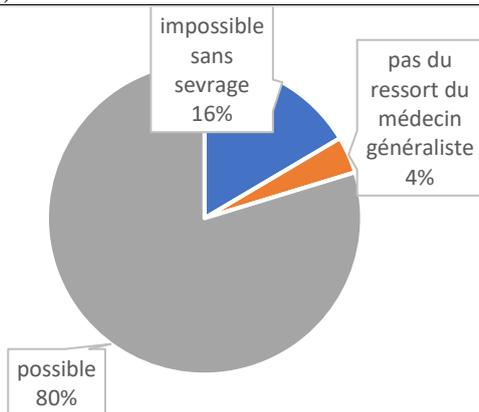


Commentaire et analyse croisée : Sans qu'il soit possible de différencier selon la prise en charge des addictions ou d'autres critères, ce sont majoritairement le manque de connaissance (66%), l'absence de demande du patient (55%) et le manque de temps (48%) qui sont cités comme limitant par les médecins répondants.

Dans la réponse libre « autres », ont été cités également le manque de compétence, l'absence de réseau extérieur pour aider à la prise en charge, le manque de motivation du patient, la perception du produit par les patients, et la frustration du manque de résultats en regard de l'engagement du médecin.

La réduction des risques liés à la consommation de cannabis est :

(158 réponses)



Commentaire : 80% des généralistes répondants, considère que la réduction des risques est possible.

Observations libres sur le sujet (anecdote personnelle, réflexion, question...) : (17 réponses)

- Trop de banalisation de l'eucannabis par la société pour que le patient le prenne comme un risque
- Une constatation : L "entrée en matière" chez les adolescents est souvent suite à une interpellation de la Justice . Par contre les adultes consommateurs en parlent spontanément suite au climat de confiance installé ds la relation M-P
- Légaliser pour mieux surveiller
- Malgré la banalisation, j'ai pu voir que cette drogue était très néfaste sur le plan psychosocial, par l'expérience de certains patients.
- Stop au numerus clausus
- Comme toutes les substances addictives, je mets le cannabis dans le même pot que l'alcool, benzodiazépines, cigarette, la codéine... même si chaque drogue a des effets secondaires et délétères différents. Je considère uniquement l'addiction, tant que l'individu gère sa consommation et n'a pas de problème, cela ne me regarde pas; à partir du moment où la consommation a des conséquences familiales, sociales, psychologiques, c'est autre chose; le seul problème est de faire accepter par le patient son addiction; et là, seule, je ne peux y parvenir; j'estime que des équipes spécialisées doivent prendre le relais
- Comme toujours, il faut distinguer consommation occasionnelle et consommation "à problème".
- Je connais 2 cas de schizophrénie révélée par du cannabis; je me pose aussi la question fondamentale du pourquoi consommer
- Banalisation de la conso encore très présente / grande facilité d'accès / Cannabis bcp plus puissant et toxique (psychique et physique) qu'avant avec addiction plus forte et syndrome de manque exacerbé / toxicité à moyen terme ++
- Un soutien ext en + médecin est indispensable -famille -psy-assistante sociale...
- Remarque générale: questions sont trop "fermées" et parfois difficile de ne répondre qu'une seule proposition - Je ressens souvent une "banalisation" de la part des patients quand on aborde le sujet, mais néanmoins beaucoup de plaintes exprimées peuvent y être liées (désocialisation, manque d'énergie et d'envies, patients ne sont plus acteurs de leur vie, difficultés à prendre des décisions, difficultés à réinsérer une vie active, troubles du sommeil ... cannabis comme cause ou conséquence? à mon sens, n'apporte en tous cas pas une aide à retrouver du tonus!... Et un cas particulièrement grave d'entrée en schizophrénie chez un jeune adulte... lien ?)
- Rôle du milieu de vie du "consommateur" prépondérant.
- On ne nous a jamais formés pour accompagner les patients (majoritairement adolescents, dans le sevrage lié au cannabis). Il faut savoir que chez les jeunes en dessous de 18 ans, l'usage des médicaments hypnotiques et antidépresseurs est contre-indiquée, car extrêmement dangereuse (risques de suicide) donc au niveau pharmaceutique, nous nous trouvons quelque peu limités. Face à des adolescents en mal-être qui ne demandent pas forcément de stopper cette addiction, en médecine générale, à part les informer sur les dangers du cannabis (entraîne la dépendance, affecte les fonctions du cerveau, peut déclencher une maladie psychotique chez l'adolescent, produits toxiques dans le contenu du joint...) et leur apprendre que c'est une drogue, interdite par la loi (ce qu'ils ont du mal à accepter), je ne vois pas ce que le médecin généraliste peut faire de plus avec l'absence d'outils qu'on

nous a donnés dans notre formation, et je souhaiterais bénéficier d'une formation à ce sujet, car je trouve sa consommation extrêmement répandue dans la population jeune.

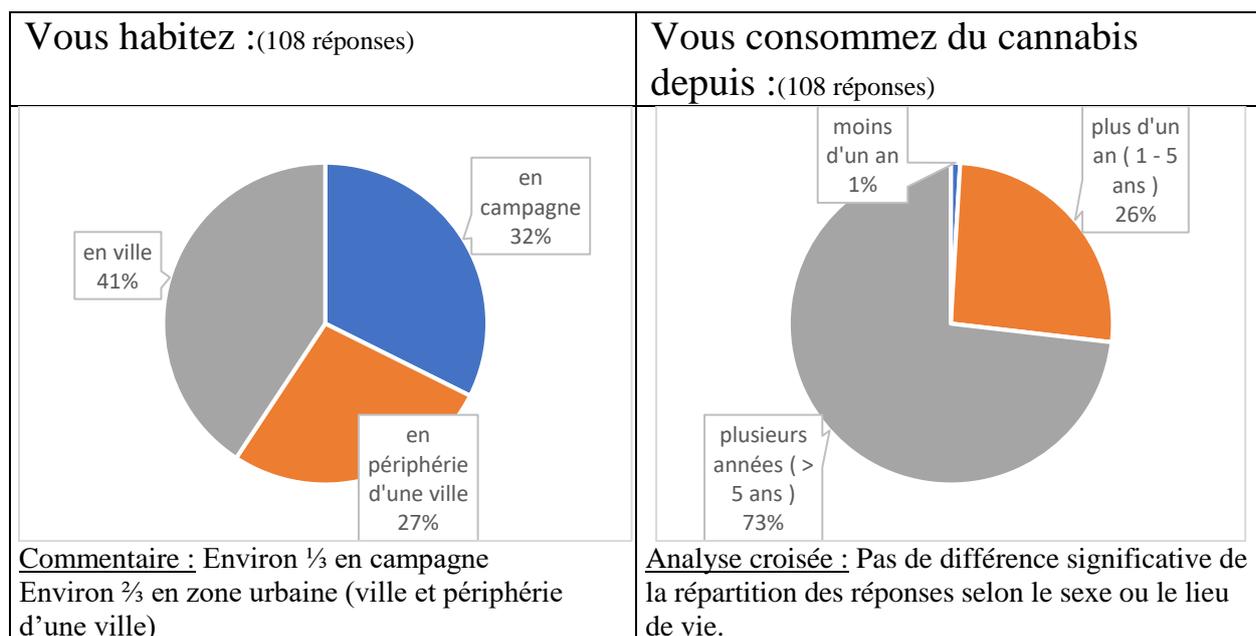
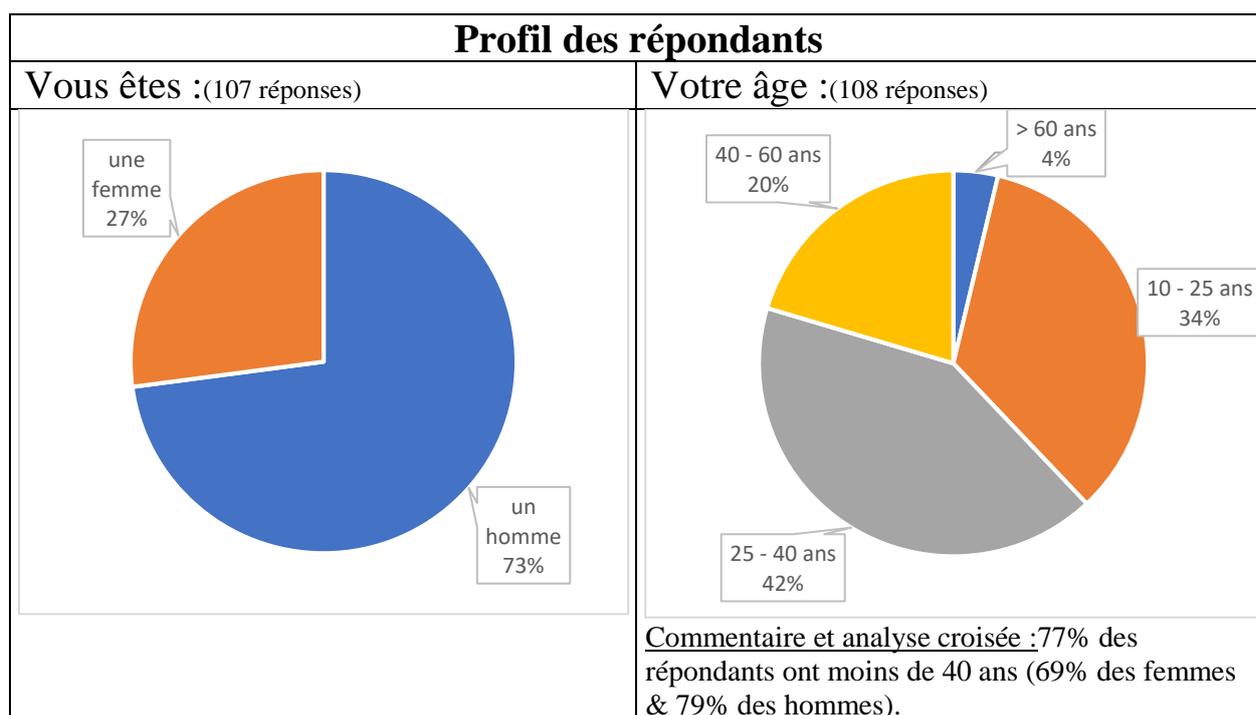
- J'aurais aimé pouvoir parfois Pouvoir donner deux réponses tel que motifs de consultation tant psychosoc que somatiques (décompensation psychotique, obésité ado,) . Bon travail !
- Les propositions de réponse sont trop souvent restrictives....
- je suis à la recherche de chiffres précis quant aux risques de néoplasie bronchique et de bronchite chez un consommateur de tabac, de cannabis et des deux associés. Pourriez-vous m'aider ?
vandeldechristine2@gmail.com merci

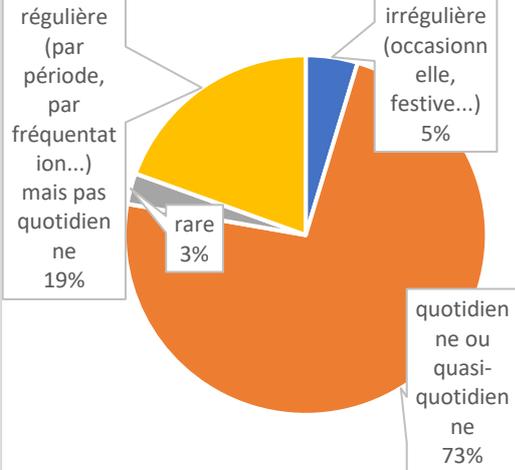
F. Enquête destinée aux consommateurs

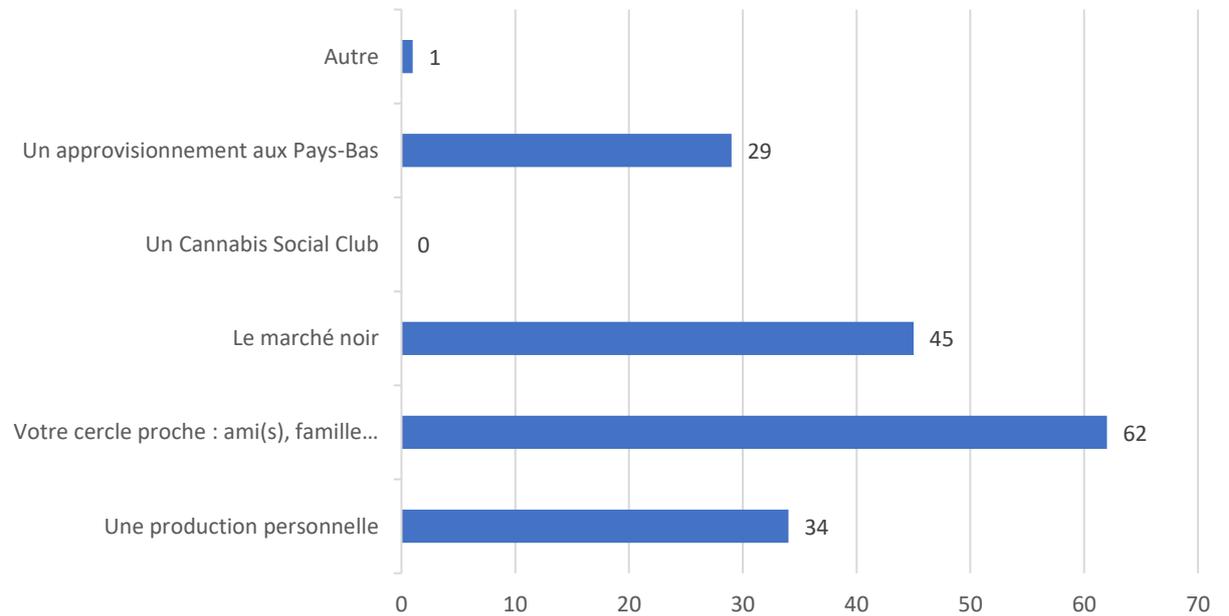
1. Questionnaire envoyé aux consommateurs

<p>1. Vous êtes : Une seule réponse possible.</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> un homme<input type="radio"/> une femme <p>2. Votre âge : Une seule réponse possible.</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> 10 - 25 ans<input type="radio"/> 25 - 40 ans<input type="radio"/> 40 - 60 ans<input type="radio"/> > 60 ans <p>3. Vous habitez : Une seule réponse possible.</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> en ville<input type="radio"/> en périphérie d'une ville<input type="radio"/> en campagne <p>4. Vous consommez du cannabis depuis : Une seule réponse possible.</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> moins d'un an<input type="radio"/> plus d'un an (1 - 5 ans)<input type="radio"/> plusieurs années (> 5 ans) <p>5. Votre consommation est : Une seule réponse possible.</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> quotidienne ou quasi-quotidienne<input type="radio"/> régulière (par période, par fréquentation...) mais pas quotidienne<input type="radio"/> irrégulière (occasionnelle, festive...)<input type="radio"/> rare <p>6. Vous vous procurez votre cannabis via : Plusieurs réponses possibles.</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> une production personnelle<input type="radio"/> votre cercle proche : ami(s), famille...<input type="radio"/> le marché noir<input type="radio"/> un cannabis social club<input type="radio"/> un approvisionnement aux Pays-Bas<input type="radio"/> Autre : <p>7. Votre façon principale de consommer est : Une seule réponse possible.</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> fumé : mélangé à du tabac<input type="radio"/> fumé : sans tabac<input type="radio"/> vaporisé : "volcano" ou équivalent, "vapoteuse" (e-cigarette + THC...)<input type="radio"/> mangé : pâtisserie, boisson, beurre, ...<input type="radio"/> Autre : <p>8. Vous considérez le cannabis comme : Plusieurs réponses possibles.</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> potentiellement bénéfique<input type="radio"/> globalement inoffensif<input type="radio"/> risqué<input type="radio"/> dangereux <p>9. Concernant votre consommation, vous cherchez principalement : Une seule réponse possible.</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> le côté récréatif<input type="radio"/> le côté médicinal <p>10. Vos connaissances sur le cannabis et la santé sont : Une seule réponse possible.</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> bonnes et mises à jours<input type="radio"/> probablement incomplètes<input type="radio"/> faibles <p>11. Vos connaissances sur le cannabis sont issues : Plusieurs réponses possibles.</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> de votre expérience<input type="radio"/> de votre culture générale<input type="radio"/> des médias (reportages, articles papiers ou en lignes non spécialisés)<input type="radio"/> des publications scientifiques spécialisées (médicales, légales, pharmacologiques...)	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> des professionnels de santé<input type="radio"/> des associations de prévention (ex : infor-drogues, modulus vivendi, eurotox)<input type="radio"/> Autre : <p>12. Le cannabis a déjà été responsable directement ou indirectement de problème de santé chez vous ou dans votre entourage : Une seule réponse possible.</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> oui<input type="radio"/> non <p>13. Vous avez connaissances des risques causés par la consommation du cannabis : Une seule réponse possible.</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> un peu<input type="radio"/> dans les grandes lignes<input type="radio"/> précisément <p>14. Vous aimeriez réduire les risques liés à votre consommation : Une seule réponse possible.</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> oui<input type="radio"/> éventuellement<input type="radio"/> non <p>15. La réduction des risques liés à la consommation de cannabis est : Une seule réponse possible.</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> possible<input type="radio"/> impossible sans arrêter la consommation <p>16. Si vous deviez parler de votre consommation à un médecin, vous iriez voir : Une seule réponse possible.</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> un médecin généraliste<input type="radio"/> un médecin spécialiste (spécialiste des addictions, psychiatre, pneumologue, cardiologue...)<input type="radio"/> Autre : <p>17. Vous avez un médecin traitant : Une seule réponse possible.</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> oui<input type="radio"/> non<input type="radio"/> je change régulièrement (disponibilité, maison médicale avec plusieurs médecins, déménagement...) <p>18. Vous avez déjà discuté de votre consommation avec votre médecin traitant : Une seule réponse possible.</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> oui, à mon initiative<input type="radio"/> oui, à son initiative<input type="radio"/> non <p>19. Pour réduire les risques de votre consommation de cannabis, vous pensez que votre médecin traitant est : Une seule réponse possible.</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> compétent<input type="radio"/> un peu compétent<input type="radio"/> pas compétent<input type="radio"/> je ne sais pas <p>20. Qu'est ce qui limite le rôle de votre médecin traitant pour vous aider à réduire les risques liés à votre consommation : Plusieurs réponses possibles.</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> il n'a pas le temps<input type="radio"/> il n'est pas compétent<input type="radio"/> cela ne l'intéresse pas<input type="radio"/> ma consommation ne le regarde pas<input type="radio"/> je crains que mes proches soient mis au courant<input type="radio"/> Je crains qu'il me juge et ne me voit plus de la même façon<input type="radio"/> Autre : <p>21. Observations libres sur le sujet (anecdote personnelle, réflexion, question...)</p>
--	--

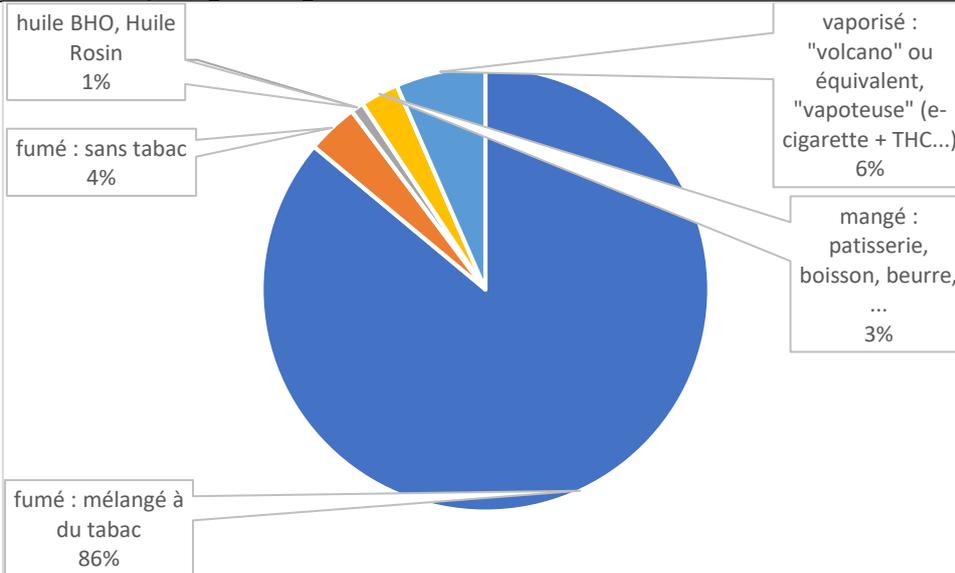
2. Réponses et analyse



Votre consommation est : (108 réponses)	Gros consommateurs :
 <p>Commentaire : 73% des répondants consomment de façon quotidienne ou quasi quotidienne. Si on rajoute les consommations régulières, on compte 93% des répondants.</p>	<p>Analyse croisée : Selon la définition “gros consommateurs” : consommation quotidienne pendant plusieurs années, on compte :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 58% des répondants • Probablement 73% des répondants en ajoutant les consommateurs quotidiens depuis 1 à 5 ans. • Pas de différence significative selon le sexe. • 24% des <25 ans • 65% des <25 ans en ajoutant les consommateurs quotidiens depuis 1 à 5 ans. • 71% des 25-40 ans • 85% des >40 ans <p>➔ Proportion grandissante des gros consommateurs avec l'âge.</p>

Obtention et mode de consommation du cannabis	
Vous vous procurez votre cannabis via :(106 réponses)	
	<p>Commentaire : A noter la multiplication des modes d'obtentions par la majorité des répondants</p> <p>Analyse croisée : Pas de différence significative selon la géographie, l'âge, le sexe ou d'autres items.</p>

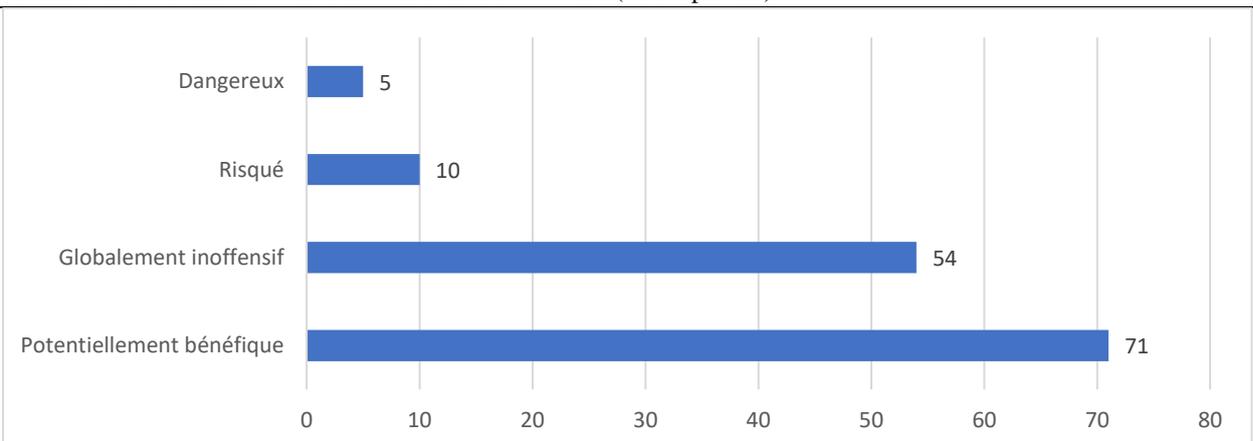
Votre façon principale de consommer est :(108 réponses)



Commentaire : Très majoritairement fumé mélangé à du tabac (86%)

Connaissances et perception par les consommateurs répondant

Vous considérez le cannabis comme :(106 réponses)



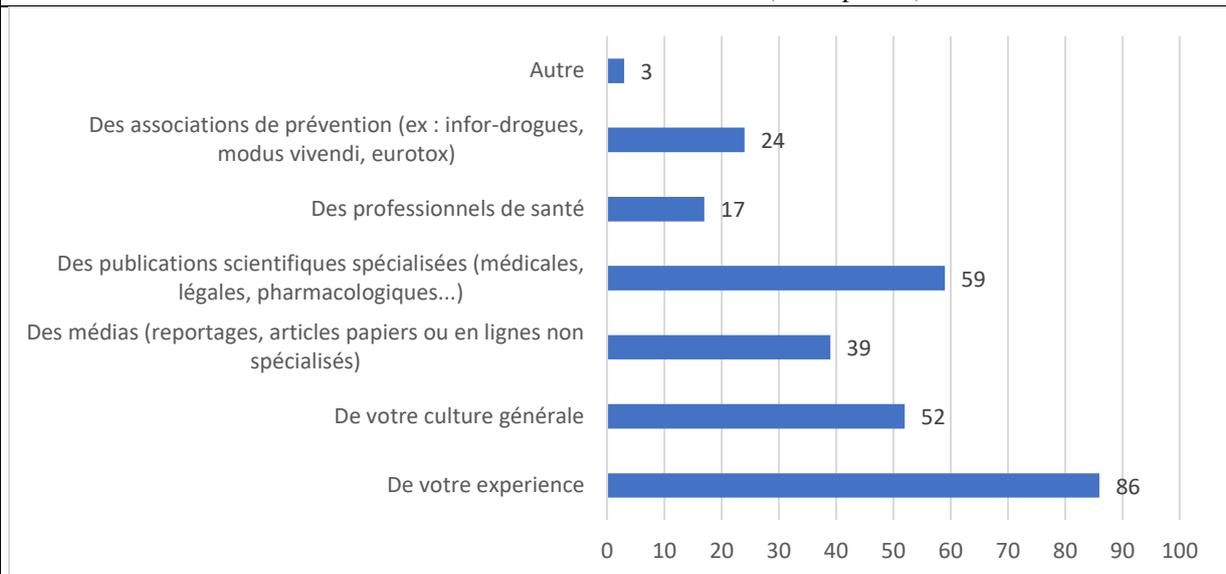
Commentaire :

Parmi tous les répondants, la perception d'un risque ou d'un danger est faible.

Analyse croisée :

- Pas de différence selon le sexe, ni selon la fréquence et l'importance de la consommation.
- Même si la taille de l'échantillon diminue (26 répondants), les consommateurs les plus âgés (>40 ans) perçoivent encore moins le côté risqué (1/26) ou dangereux (1/26) du cannabis.
- Même si le consommateur déclare avoir des connaissances sur le cannabis bonnes et mise à jour et/ou connaître les risques précisément, il perçoit majoritairement le cannabis comme bénéfique ou inoffensif. Le fait d'en avoir discuté avec son médecin ne change pas cette perception.
- Lorsque le cannabis a été responsable d'un problème de santé chez le consommateur ou dans son entourage (10 répondants), la perception d'un risque ou d'un danger augmente (4/10) mais le cannabis reste perçu majoritairement comme globalement inoffensif ou potentiellement bénéfique (8/10).

Vos connaissances sur le cannabis sont issues :(107 réponses)



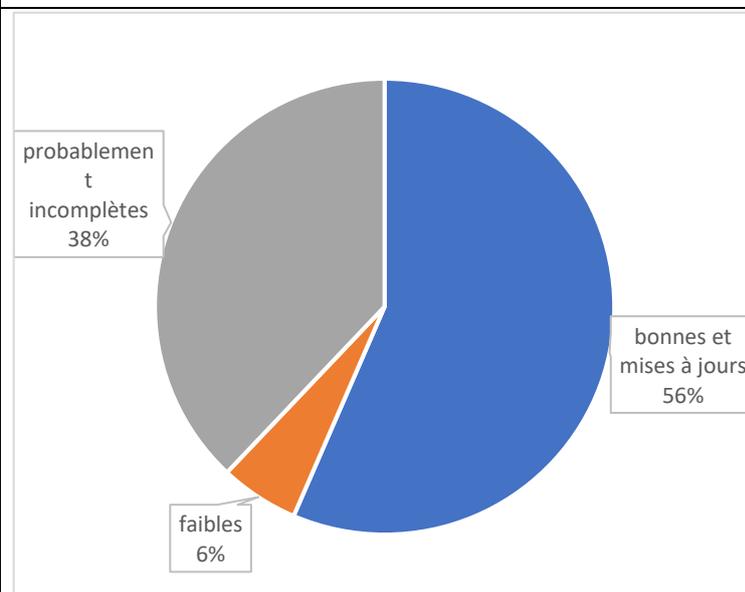
Commentaires : Les sources d'informations chez les consommateurs sont souvent multiples et les réponses sont trop différentes pour croiser les données.

Les professionnels de santé ne sont que rarement sollicités (16%).

En consultation, les « publications scientifiques spécialisées » faisaient plutôt références à des blogs de sites marchant qui vulgarisent les résultats scientifiques.

La réponse libre « autre » comprenait : internet, les cannabis social club et la vie du répondant en Hollande.

Vos connaissances sur le cannabis et la santé sont :(108 réponses)



Analyse croisée :

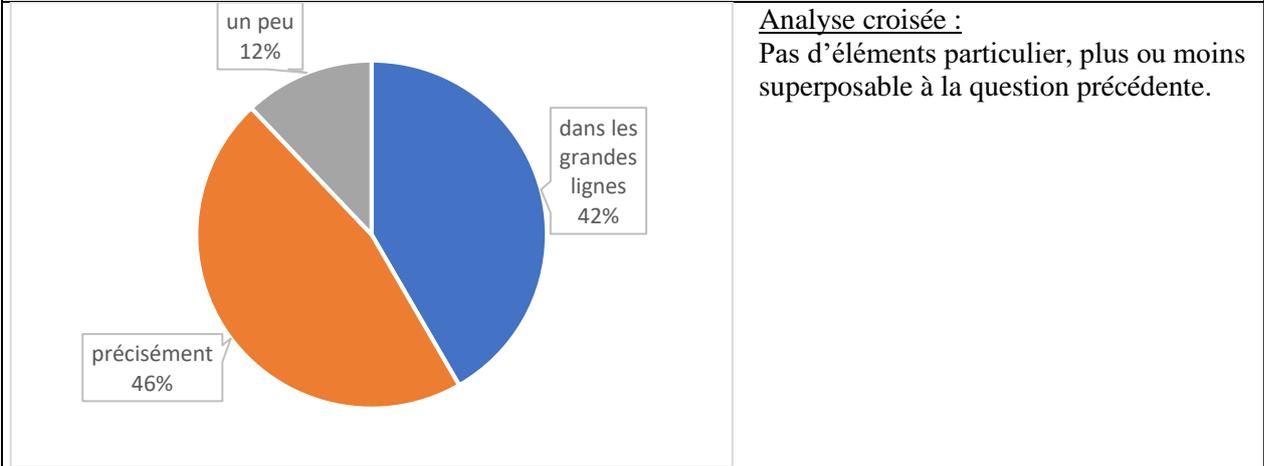
- Les sources d'où viennent les connaissances sont variables et n'influent pas sur la perception des connaissances.
- Pas de différence notable selon l'âge, le sexe, ou le lieu de vie. Tendance à se dire mieux informé lorsque la consommation est de longue date et quotidienne (gros consommateur).
- Les personnes se disant bien informées ont plus tendance à consommer autrement que fumé avec du tabac mais ces autres modes restent minoritaires (20% de la catégorie).
- Les personnes bien informées (61 répondant) considèrent en majorité

(74%) le cannabis comme potentiellement bénéfique, 39% comme globalement inoffensif et 18% perçoivent également le côté risqué ou dangereux.

- Concernant les personnes qualifiant leurs connaissances d'incomplètes (41 répondants) :
 - o 7% perçoivent le côté risqué ou dangereux
 - o 59% le voient comme bénéfique
 - o 61% le considère comme globalement inoffensif
- Concernant les personnes qualifiant leurs connaissances de faibles (6 répondants) :

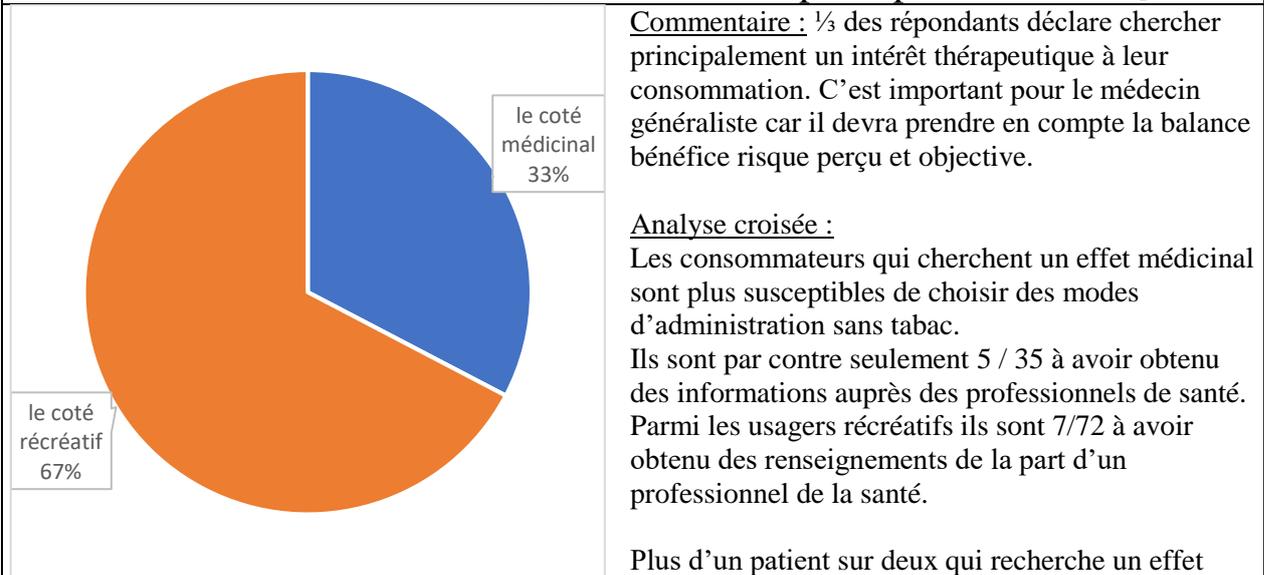
- Seulement 1 le perçoit comme dangereux (et le cannabis avait été responsable d'un problème chez le patient ou dans son entourage)
- Les autres le voient comme bénéfique ou inoffensif

Vous avez connaissances des risques causés par la consommation du cannabis :(108 réponses)



Objectif de la consommation

Concernant votre consommation, vous cherchez principalement :(107 réponses)



Plus d'un patient sur deux qui recherche un effet médicinal a parlé de lui-même à son médecin traitant concernant la consommation contre 37% des fumeurs qui recherchent un effet récréatif.

Parmi les répondants qui recherchent principalement l'effet médicinal :

- 2/3 déclarent avoir des connaissances bonnes et mises à jour.
- 1/3 les considèrent comme probablement incomplètes.

Parmi les répondants qui recherchent principalement l'effet récréatif :

- 1/2 considèrent avoir des connaissances "bonne et mise à jour",
- 4/10 les considèrent probablement incomplète
- 1/10 les considèrent faibles.

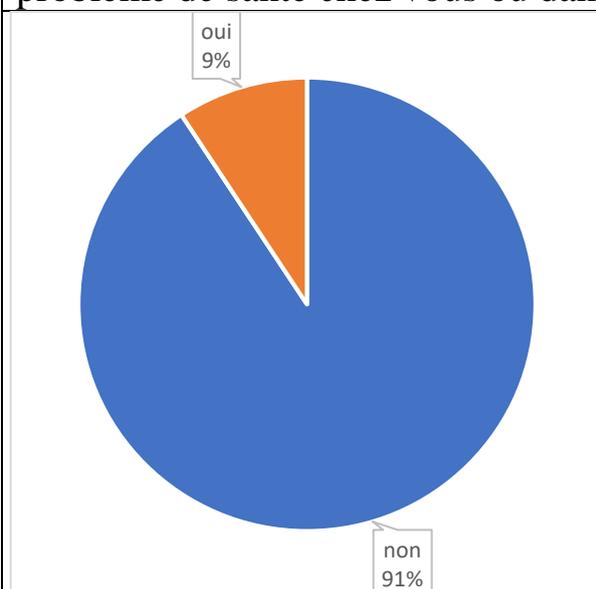
On retrouve dans toutes les tranches d'âge des répondants des patients cherchant principalement le côté médicamenteux avec une répartition qui augmente avec l'âge.

<i>Vous cherchez :</i>	<i>10-25 ans</i>	<i>25-40 ans</i>	<i>40-60 ans</i>	<i>> 60 ans</i>	<i>Total</i>
<i>Le côté médicamenteux</i>	6	15	11	3	35
<i>Le côté récréatif</i>	30	30	11	1	72

Les répondants cherchant un effet médicamenteux ne sont pas plus demandeurs de réduire les risques que les utilisateurs récréatifs avec une répartition similaire.

Risque et réduction du risque

Le cannabis a déjà été responsable directement ou indirectement de problème de santé chez vous ou dans votre entourage : (108 réponses)



Analyse croisée : Pas de différence notable selon le sexe, la géographie, l'âge ou le mode d'obtention du produit.

Selon la fréquence de consommation :

- Parmi les gros consommateurs (> 1 an, quotidien) : « oui » 6% (79 répondant)
- Parmi les consommateurs non quotidiens : « oui » 17% (29 répondant)

Selon l'objectif recherché :

- Si cherche le côté médicamenteux : 3% oui (1/34)
- Si cherche le côté récréatif : 13% oui (9/72)

Un problème de santé chez le répondant ou dans son entourage semble augmenter le souhait de réduire les risques (70% si présence d'un problème *versus* 30% si pas de problème).

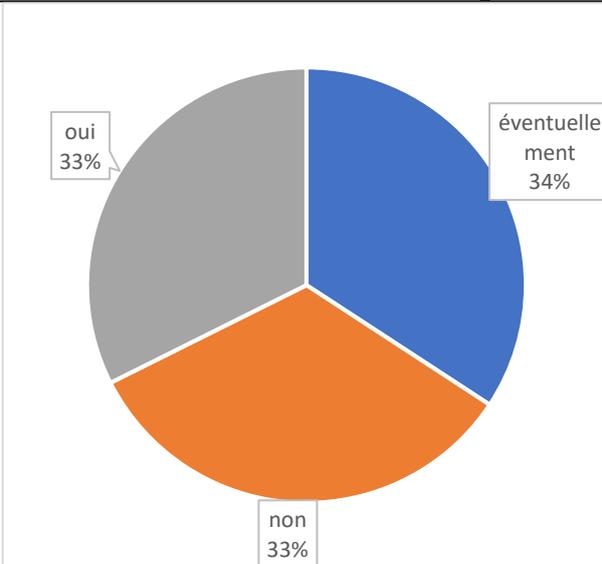
Plus ou moins 30% des répondants ne souhaitent pas réduire les risques, indépendamment d'un problème de santé ou pas.

Sans pouvoir conclure car l'échantillon est trop petit – l'existence d'un problème de santé amènerai plutôt le consommateur qui souhaite parler de sa consommation à s'adresser à un spécialiste (50% spécialiste, 30% généraliste)

En l'absence de problème, les consommateurs se tournent plutôt vers le généraliste (50% généraliste *versus* 42% spécialiste)

Un problème de santé ne favorise pas l'abord effectif du sujet avec le généraliste (50% oui 50% non), ni significativement la perception de la compétence de ce dernier pour réduire les risques de la consommation.

Vous aimeriez réduire les risques liés à votre consommation : (108 réponses)



Analyse croisée :

Pas de modification significative selon le sexe, la géographie (moins d'intérêt en campagne ? 42% non), la durée de consommation, ni selon la fréquence. L'attrait n'est pas plus important chez les gros consommateurs (>1 ans, quotidien).

Pas de variation interprétable selon le mode de consommation (échantillon sans tabac trop petit). Selon l'âge, l'attrait pour la RdR semble diminuer (10-40 ans : 25% répondent « non », au-delà de 40 ans : 58% répondent « non »).

Selon l'existence d'un problème de santé : l'intérêt augmente - voir la question concernée.

Une connaissance faible des risques (« un peu » : 13 répondants) semble diminuer l'attrait pour la

réduction des risques : « non » 54%, « éventuellement » 23% « oui » 23%.

La perception du risque (risqué et dangereux) semble augmenter l'attrait : 12/15 souhaitent réduire les risques (« oui »).

Une connaissance générale des risques (« dans les grandes lignes ») ou précise (« précisément ») ne modifie pas, ou peu, la distribution générale de l'intérêt pour la RdR (1/3 1/3 1/3).

Ceux qui cherchent le côté médicinal ne sont pas plus intéressés (oui & éventuellement) par la RdR (23/35 soit 66%) que les utilisateurs cherchant le côté récréatif (49/72 soit 68%).

Les 5 répondants ayant des connaissances « faibles » sur le cannabis et la santé ne sont pas intéressés par la réduction du risque (« non »).

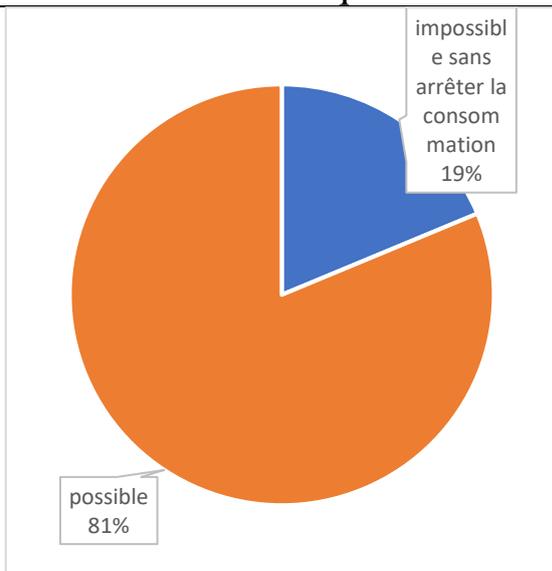
Les patients qui ne conçoivent pas la RdR sans arrêter la consommation (20 répondants) ne sont majoritairement pas intéressés par la RdR (65%). Ceux qui la pensent possible sont plus intéressés (« oui » et « éventuellement » : 75%, « non » 25%).

Parmi les répondants qui souhaitent (« oui ») ou sont intéressés (« éventuellement ») à réduire les risques, le médecin généraliste reste un interlocuteur de choix : 50% irait le consulter - contre 44% qui irait voir un spécialiste pour discuter de leurs consommations.

Ils sont 47% à avoir déjà discuté avec le médecin traitant (MT) (44% initiative patient, 3% initiative médecin).

Ceux qui ne souhaitent pas réduire les risques sont 46% à avoir déjà discuté avec leur MT, un peu moins de leur propre initiative (37% initiative patient, 8% initiative médecin)

La réduction des risques liés à la consommation de cannabis est :(107 réponses)



Analyse croisée :

Pas de modification selon le profil de consommateur (fréquence, durée), la géographie ou le sexe.

Selon l'âge :

- 40- > 60 ans : possible 65%, impossible 35%,
- 10-40 ans : possible 85%, impossible 15%

Ceux qui cherchent le côté médical, ceux qui ont des connaissances actualisées et ceux qui consomment autrement qu'avec du tabac semblent plus familiers avec la notion de RdR et répondent un peu plus souvent qu'elle est possible.

Le fait d'avoir eu recours à des professionnels de la santé, des associations de préventions, des articles (spécialisés ou non) pour s'informer, ne modifie pas la répartition.

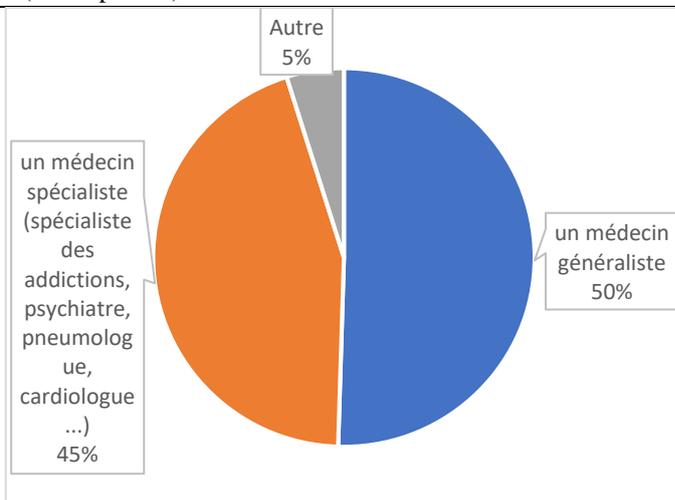
53% de ceux qui pensent que la réduction des risques est possible iraient voir un MG et ont tendance à le voir un peu plus compétent (compétent 16%, un peu 20%, ne sait pas 37%, incompetent 27%).

Ceux qui pensent que la réduction des risques est impossible iraient plutôt voir un spécialiste (65%) qu'un généraliste (30%) (compétent 5%, un peu 25%, ne sait pas 50%, incompetent 20%).

Place de la médecine générale

Si vous deviez parler de votre consommation à un médecin, vous iriez voir

:(103 réponses)



Analyse croisée :

Pas de différence selon le sexe, l'âge, la géographie et le type de consommation.

Les gros consommateurs iraient plutôt voir un spécialiste (MS) (47%) qu'un généraliste (MG) (41%). Avoir déjà parlé avec son MT, inverse légèrement la tendance chez ces répondants : ils sont un peu plus nombreux à préférer un spécialiste (45% MS vs 42% MG).

Si le cannabis a été responsable d'un problème de santé, ils iraient plutôt voir un MS (50% vs 30% MT).

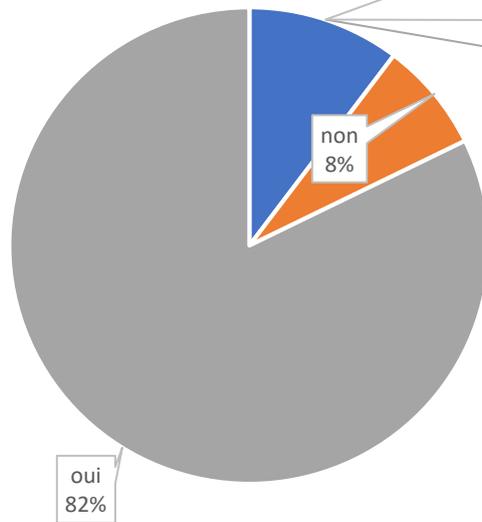
Les répondants visant plutôt un usage récréatif iraient plutôt voir un généraliste

(49% MT vs 42% MS).

S'ils cherchent le côté médical, c'est équilibré.

La réponse libre « Autre » : comprenait un « chaman », l'association néerlandophone « Medcan vzw » et le « Dr Garcia de Palau » (spécialiste espagnol travaillant entre autres sur internet). Deux réponses « autres » sont vides.

Vous avez un médecin traitant :(107 réponses)



je change régulièrement (disponibilité, maison médicale avec plusieurs médecins, déménagement)

Analyse croisée :

Pas de différence selon le sexe, l'âge ou le mode de consommation.

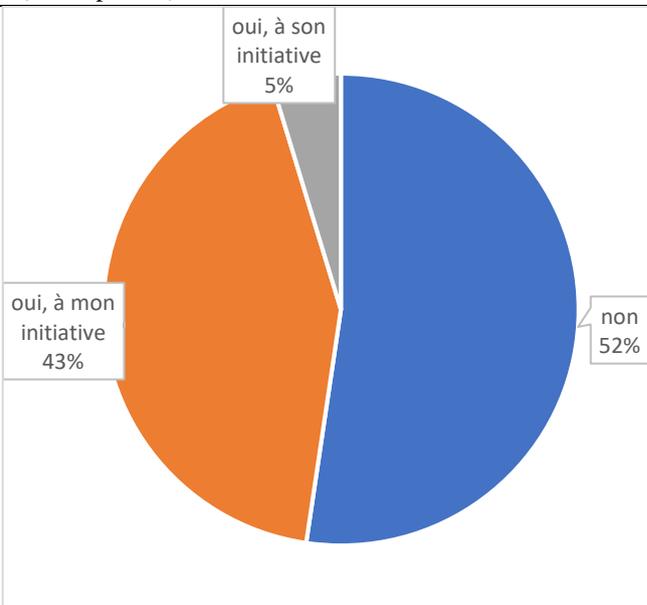
Selon la géographie

- Oui (88 répondants)
 - o Ville 71%,
 - o Périphérie 86%,
 - o Campagne 94%.
- Non : (9 répondants)
 - o Ville 9%,
 - o Périphérie 10%,
 - o Campagne 3%.
- Change régulièrement (11 répondants)
 - o Ville 20%,
 - o Périphérie 3%,
 - o Campagne 3%.

Le fait d'avoir un MT stable semble être une configuration plus propice à aborder le cannabis (52% si MT *versus* 27% si change régulièrement *versus* 25% si pas de MT) mais ne change pas le fait que le sujet est largement plus abordé à l'initiative du patient que par leur MT (seulement 5 répondants sur les 107 déclarent avoir discuté de la question à l'initiative de leur médecin traitant).

Vous avez déjà discuté de votre consommation avec votre médecin traitant

:(107 réponses)



Commentaire : Comme vu précédemment, le sujet est peu abordé et l'est majoritairement par le patient

Analyse croisée : pas de modification selon le sexe et la géographie, ni selon le profil de consommateur.

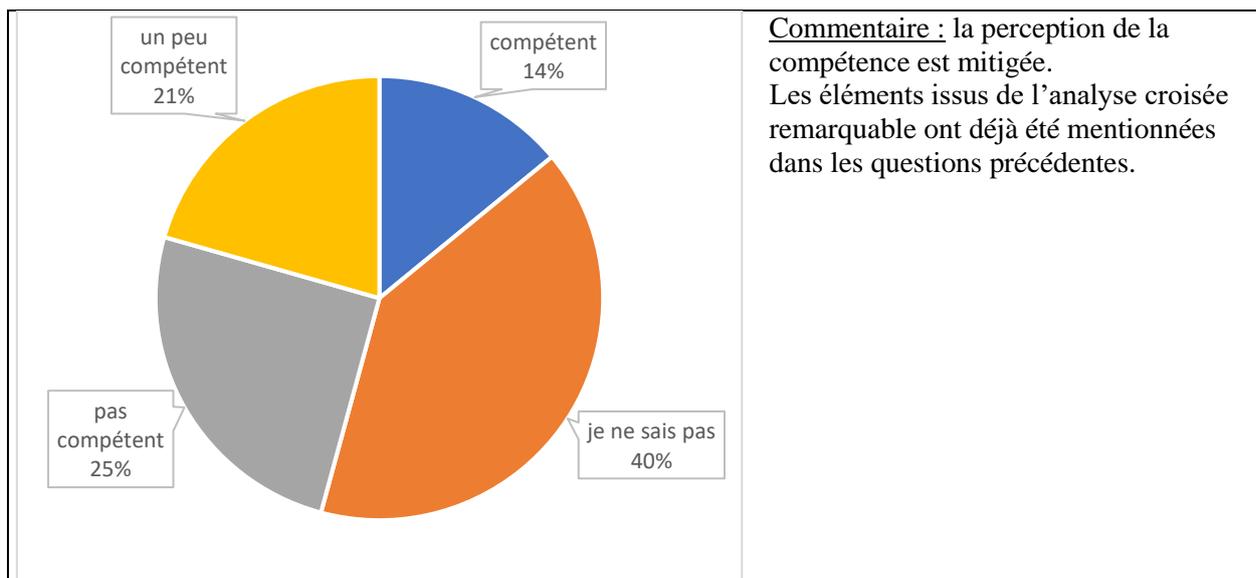
Si le répondant a été confronté un problème de santé, le sujet n'est pas plus abordé, ni par le patient, ni par le médecin.

Selon l'âge :

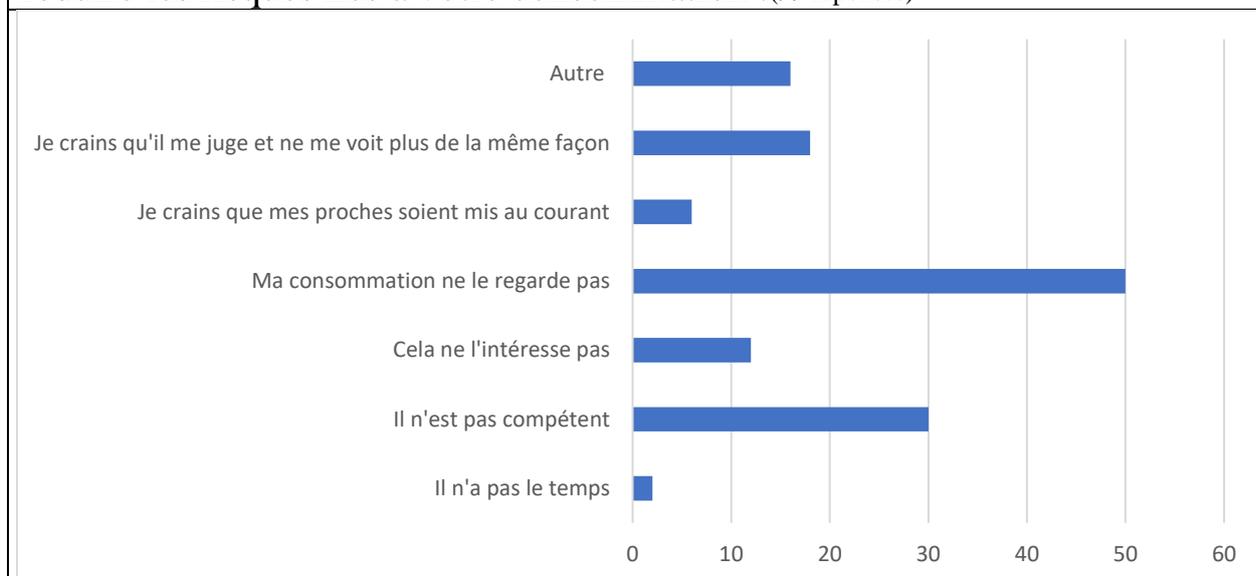
- o 40 - > 60 ans : 69% en ont parlé (à leur initiative)
- o 10-40 : 60% n'en ont pas parlé (Parmi ceux qui en ont discuté ce fut à 35% à leur initiative et 5% à l'initiative du médecin).

Sur les 42 patients qui estiment que leur consommation ne regarde pas le médecin, ils sont 79% (33) à ne pas en avoir parlé.

Pour réduire les risques de votre consommation de cannabis, vous pensez que votre médecin traitant est : (107 réponses)



Qu'est ce qui limite le rôle de votre médecin traitant pour vous aider à réduire les risques liés à votre consommation : (99 réponses)



Commentaire : c'est principalement l'absence de demande du patient et la compétence du médecin qui est pointée du doigt par les répondants comme limitant le rôle du généraliste.

La réponse libre « autres » comprenait : l'absence de rôle du MT dans la question du cannabis, le manque de connaissances concernant les dernières études, le fait qu'il approuve la consommation, le fait qu'il diabolise la consommation, « je ne sais pas », l'absence d'envie du MT et l'absence de danger.

Observations libres sur le sujet (anecdote personnelle, réflexion, question...)

(19 réponses)

- Un moyen de réduire les risques de consommations et les problèmes lié à la consommation (substance coupée, rackette par certains dealers, peu/pas d'information sur le produit que l'on consomme...) serait de légalisé le cannabis (surtout qu'avec les taxes qu'ils mettraient dessus comme l'alcool et le tabac cela permettrait de renflouer les caisses de l'état)
- Un moyen de réduire les risques de consommations et les problèmes lié a la consommation (substance coupé, rackette par certains dealers, peu/pas d'information sur le produit que l'on consomme...) serait de légalisé le cannabis (surtout qu'avec les taxes qu'ils mettraient dessus comme l'alcool et le tabac cela permettrait de renflouer les caisses de l'état)
- Un moyen de réduire les risques de consommations et les problèmes lié à la consommation (substance coupée, rackette par certains dealers, peu/pas d'information sur le produit que l'on consomme...) serait de légalisé le cannabis (surtout qu'avec les taxes qu'ils mettraient dessus comme l'alcool et le tabac cela permettrait de renflouer les caisses de l'état)
- Risque d'angoisse lié a la consommation
- J'estime que la weed peut être bénéfique de par mon expérience, tant que ça reste raisonnable
- Cela fait 39 ans que je fume.
- Je suis Fibromialgique
- Une vente contrôlée est la meilleure façon de réduire les risques, la laisser aux mains du marché noir développe des produits frelaté mauvais pour la santé
- Légalisons là un point c'est tout. L'alcool fait plus de dégâts et c'est totalement incohérent de le tolérer et pas la marijuana.
- Suite a un traumatisme crânien le cannabis me permet d'éviter des médicaments bourrés d'effets secondaires
- Je fume depuis que j'ai 14 ans j'en ai 29 juste fumé un peu de cannabis le soir ne fait de mal à personne en tout cas c'est mon cas bien sûr plus jeune c'était plus dans l'excès maintenant le soir 2 ou 3 me détend m'aide à passer une bonne nuit de sommeil quand j'en ai pas ou pas les moyens je sais très bien m'en passe mais ça me déstresse
- Faites légaliser ce truc, faut que cesse cette hypocrisie concernant les drogues légales / illégales. Je n'ai jamais eu la moindre misère après avoir fumé, pas le moindre flip, jamais fait chié personne ou été une source de danger pour moi ou les autres, rien, ça m'a, au pire, déjà foutu une de ces flemmes mais je reste suffisamment lucide pour savoir que je dois pas conduire, par exemple, j'ai bien conscience de la perte de mes réflexes après avoir fumé et cet état de lucidité m'empêche de courir un risque... A l'inverse je me suis déjà transformé en une ignoble personne après avoir seulement bu quelques verres... Avec l'alcool on se sent invincible, on perd ce reste de lucidité, on reprend la bagnole ... Et on sort du sujet, lol.
- Pour la réduction des risques, je pense qu'il faudrait commencer par cesser de diaboliser une chose pour partir d'un pied objectif si on veut faire comprendre aux gens que quelque chose n'est dangereux que si on fait n'importe quoi avec, qu'on le consomme n'importe comment, dans n'importe quelles circonstances, il faut être impartial et objectif dans les deux sens... Ce sera difficile de réduire les risques dû à la consommation de Cannabis tant que ça restera hypocritement illégal, vous n'aurez aucun champ d'action direct sur la consommation des gens.
- Je suis malade depuis l'âge de 6ans, j'en ai 30. Cela m'a aidé à ne plus « avoir mal » dans différents cas de figures (maladie liée au yeux !!)
- Je ne me pose pas toutes les questions du questionnaire, car je ne suis pas addict du tout, par contre, lors de soucis de santé extrêmement douloureux, le joint d'herbe m'a fait beaucoup plus de bien que la morphine donnée par l'hôpital. Et m'aidait à dormir.
- Étant hémiplégique je réduis ma spasticité depuis + de 20 ans grâce au cannabis
- Légalisez l'usage médical du cannabis !
- Le Cannabis : plus on en parle moins on en fume LOL
- Problématique liée aux troubles de l'humeur importants lors du sevrage
- Légaliser pourrait apporter beaucoup à l'état pour son économie, cannabis drogue douce