

SEPTEMBRE 2006



Enquête sur les personnes accueillies en consultation cannabis en 2005

OFDT

ÉVALUATION des politiques publiques

“CONSULTATIONS CANNABIS”

Enquête sur les personnes accueillies
en 2005

Ivana OBRADOVIC

L'enquête sur les personnes accueillies en consultation cannabis a été menée en 2005, auprès de 4 200 consultants (consommateurs ou entourage d'un consommateur).

La première partie du rapport décrit le contexte et les objectifs de l'enquête, ainsi que les caractéristiques de l'échantillon.

La deuxième partie trace le profil socio-démographique des consultants accueillis un mois donné.

La troisième partie s'intéresse aux profils de consommation, du point de vue de la fréquence, de l'intensité et de l'âge d'expérimentation de l'usage de cannabis, en détaillant également les consommations associées d'alcool, de tabac et d'ecstasy.

La quatrième partie aborde l'origine du recours à la consultation cannabis : démarche spontanée, suggestion de l'entourage ou orientation judiciaire. Les spécificités de cette dernière population y sont analysées en détail.

La cinquième partie explore les facteurs associés au diagnostic d'usage et pose la question des critères d'élaboration d'un diagnostic d'usage à risque, nocif ou de dépendance cannabique.

Enfin, la sixième partie caractérise le suivi offert en consultation cannabis, en cartographiant les pratiques professionnelles en vigueur, du point de vue de l'orientation vers d'autres structures, de l'utilisation de tests de repérage de l'usage problématique, etc.



ISBN : 2-11-095880-4

Septembre
2006

ENQUÊTE SUR LES PERSONNES ACCUEILLIES EN CONSULTATION CANNABIS EN 2005

Ivana OBRADOVIC

Septembre 2006

Sommaire

REMERCIEMENTS	5
PRÉSENTATION	6
DESCRIPTION DE L'ENQUÊTE ET DE L'ÉCHANTILLON	9
<i>L'ENQUÊTE ET LES MÉTHODES UTILISÉES</i>	<i>10</i>
Présentation générale de l'enquête	10
Le questionnaire	10
Méthodes statistiques utilisées	11
Apports et limites	14
<i>L'ÉCHANTILLON</i>	<i>15</i>
Taux de réponse par département	17
Taux de réponse par région	17
Échantillon par type de structure de rattachement de la « consultation cannabis »	18
Recodage des non réponses et des incohérences	20
Précision des résultats	20
Structure de l'échantillon exploitable	21
PROFIL SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE DES CONSULTANTS	25
<i>L'ÂGE ET LE SEXE DES CONSOMMATEURS REÇUS EN CONSULTATION</i>	<i>26</i>
<i>SITUATION SCOLAIRE ET PROFESSIONNELLE DES CONSOMMATEURS</i>	<i>29</i>
Situation actuelle des consommateurs	29
Situation scolaire des consultants âgés de 10 à 16 ans	30
Situation scolaire des consultants âgés de 17 à 19 ans	30
Les consultants actifs (occupés ou en recherche d'emploi)	34
<i>CONSULTATIONS SOLLICITÉES PAR L'ENTOURAGE D'UN CONSOMMATEUR</i>	<i>34</i>
Profil de l'entourage reçu en consultation	34
Profil des consommateurs venus accompagnés d'une personne de l'entourage	35

PROFILS DE CONSOMMATION (CANNABIS ET AUTRES PRODUITS PSYCHOACTIFS)	37
<i>CONSOMMATIONS DE CANNABIS DÉCLARÉES (HORS ENTOURAGE)</i>	38
<i>Fréquences de consommation de cannabis</i>	38
<i>Usages intensifs de cannabis</i>	40
<i>EXPÉRIMENTATION DU CANNABIS</i>	42
<i>L'âge de la première prise de cannabis</i>	42
<i>Expérimentation du cannabis et usage actuel</i>	43
<i>USAGES DÉCLARÉS D'AUTRES PRODUITS PSYCHOACTIFS</i>	44
<i>Consommations de tabac</i>	45
<i>Consommations d'alcool</i>	47
<i>Consommations d'ecstasy</i>	49
<i>Consommations d'autres substances illicites</i>	50
 MODALITÉS DE RECOURS AUX « CONSULTATIONS CANNABIS »	 51
<i>MODALITÉS DE RECOURS À LA CONSULTATION CHEZ LES CONSOMMATEURS</i>	52
<i>Structure des modalités de recours</i>	52
<i>Modalités de recours et diagnostic d'usage</i>	54
<i>Spécificités régionales</i>	56
<i>Focus : les consommateurs adressés par la justice</i>	58
<i>Motifs de recours à la consultation parmi les personnes de l'entourage</i>	60
 FACTEURS ASSOCIÉS AU DIAGNOSTIC D'USAGE	 62
<i>STRUCTURE DES DIAGNOSTICS D'USAGE</i>	63
<i>Critères diagnostiques des consommations problématiques</i>	64
<i>Type d'usage diagnostiqué, par tranche d'âge</i>	65
<i>Profil sociodémographique des consultants selon le diagnostic d'usage</i>	66

Enquête sur les personnes accueillies en consultation cannabis en 2005

Fréquence de consommation de cannabis et diagnostic d'usage	67
Les critères de formulation du diagnostic	68
SUIVI OFFERT EN « CONSULTATION CANNABIS »	73
UNE PART DOMINANTE DE PRIMO-CONSULTANTS	74
DURÉE DU SUIVI EN « CONSULTATION CANNABIS » ET DÉLAIS D'ATTENTE	76
Nombre moyen de consultations chez les primo-consultatnts	76
Délai moyen d'attente pour une consultation	80
Délai moyen entre les consultations	81
TYPES DE CONSULTATION	81
PERSONNEL D'ACCUEIL	82
ORIENTATION PROPOSÉE À L'ISSUE D'UNE PREMIÈRE CONSULTATION (NOUVEAUX CONSULTANTS)	83
Estimation du taux d'abandon (ou drop out)	84
Les déterminants du drop out	86
Orientation vers d'autres structures en fonction du diagnostic d'usage	88
DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES HÉTÉROGÈNES	90
Les pratiques de repérage des consommations nocives	90
CONCLUSION	93
ANNEXES	95
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	96
BIBLIOGRAPHIE	100
<u>QUESTIONNAIRE</u>	
<u>NOMBRE DE RÉPONSES ET TAUX DE RETOUR DES CONSULTATIONS CANNABIS PAR DÉPARTEMENT</u>	

Remerciements

Les professionnels des consultations cannabis qui ont répondu à l'enquête.

Stéphane LEGLEYE, pour son appui et ses conseils méthodologiques.

Valérie MOUGINOT, pour les relances téléphoniques des consultations cannabis, ainsi que Nadine LANDREAU et Guillaume PRUNIER.

Eric JANSSEN, Laure VAISSADE, Christophe PALLE, Stanislas SPILKA, François BECK et Jean-Michel COSTES.

Frédérique MILLION et Jérôme TAIEB de la société DIGI-France pour la conception graphique du questionnaire.

Frédéric LOPEZ (société STATMICRO) qui a effectué la saisie informatique des questionnaires.

Marie-Danièle BARRE (CESDIP) et Serge KARSENTY (CNRS) du Collège scientifique de l'OFDT pour leurs utiles commentaires critiques.

Relecteurs : Julie-Emilie ADES, Christian BEN LAKHDAR, Cristina DIAZ-GOMEZ.

Maquette et suivi de fabrication : Frédérique MILLION.

Présentation

Le cannabis est le produit psychoactif illicite le plus expérimenté et le plus consommé en France, en particulier chez les jeunes. En 2005, 6 % des filles et 15 % des garçons en faisaient, à 17 ans, un usage régulier (10 consommations et plus dans le mois écoulé)¹.

Dans le cadre du plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool (2004-2008), le ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) ont mis en place, en février 2005, un programme de prévention de l'usage du cannabis, principalement fondé sur une campagne de sensibilisation aux effets de cette consommation². Parallèlement, pour apporter une réponse aux jeunes qui pourraient être en difficulté avec leurs consommations, de cannabis ou d'autres produits (drogues de synthèse, alcool, tabac, médicaments psychotropes, autres), des « consultations d'évaluation et d'accompagnement des jeunes consommateurs de cannabis et autres substances psychoactives » (qui par commodité, seront appelées « consultations cannabis » ou « consultations jeunes consommateurs ») ont été mises en place, à raison d'une consultation au moins par département³. Ces consultations gratuites ont été étroitement associées au dispositif d'addictologie existant : 75 % d'entre elles sont adossées à un CSST, 8 % à un CCAA, 2 % à un CCAA/CSST et 15 % à un service hospitalier⁴.

Aux termes du cahier des charges⁵, l'objectif assigné à ces « consultations jeunes consommateurs » est :

- de proposer une évaluation de la consommation et un diagnostic de l'usage nocif,
- d'offrir une information et un conseil personnalisés aux usagers à risque,

6

¹ Source ESCAPAD 2005, OFDT.

² Cette campagne d'information médiatique a été déclinée sous plusieurs formes : spots diffusés à la télévision et à la radio, messages dans la presse quotidienne nationale, brochures d'information, mise en service d'une ligne spécifique « Ecoute cannabis ».

³ Circulaire n° DGS/DHOS/DGAS/2004/464 du 23 septembre 2004 relative à la mise en place de consultations destinées aux jeunes consommateurs de cannabis et autres substances psychoactives et leur famille (NOR : SANP0430495C).

⁴ Source ministère de la Santé, Direction Générale de la Santé.

⁵ Le texte du cahier des charges est disponible sous le lien du ministère de la Santé : <http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2004/04-42/a0422800.htm>

- d'offrir une prise en charge brève aux jeunes ayant un usage nocif sans complications sociales ou psychiatriques,
- d'accompagner ou de proposer une orientation aux jeunes lorsque la situation le justifie,
- d'offrir un accueil aux parents en difficulté face à la consommation de leurs enfants,
- de proposer, le cas échéant, un accueil conjoint parents-enfants.

Autrement dit, la spécificité de ces consultations tient à la double fonction qu'elles assurent : structures d'évaluation et d'accompagnement pour les usagers à risque, elle jouent également le rôle de plate-forme d'orientation vers des structures spécialisées plus ajustées aux besoins du consommateur, en cas d'usage nocif avéré ou de dépendance au cannabis. Ces consultations *ad hoc*, rattachées à des structures de soins existantes, sont donc supposées contribuer à une meilleure visibilité de l'offre de soins disponible pour les usagers de cannabis, et permettre un travail « motivationnel » avec ces usagers, leur fournir une information sur les risques et la dépendance et leur proposer, le cas échéant, une aide au sevrage.

Afin de pouvoir rendre compte de leur activité, ces consultations d'évaluation ont été doublées d'un système d'information, mis en place par l'OFDT à la demande des pouvoirs publics (ministère de la Santé et Mission interministérielle de lutte contre la drogue et les toxicomanies)⁶. L'enquête présentée ici est l'un des trois volets de ce dispositif de suivi, qui comprend également :

- un système de recueil mensuel de la file active développé pendant la première année d'activité (mars 2005-mars 2006), alimenté en ligne par les consultations et destiné à mesurer leur montée en charge, du point de vue du volume d'activité (nombre de personnes reçues, horaires d'ouverture, délai d'obtention d'un rendez-vous),
- un suivi permanent des files actives de patients consommateurs de cannabis accueillis dans les CSST et les CCAA au travers des rapports d'activité annuels, sur la base des fiches « patient » qui sont en cours de mise en place, qui ont été rendues compatibles avec le système RECAP existant (Recueil commun sur les addictions et les prises en charge). Grâce à ces fiches « patient » remplies par les consultations d'évaluation intervenant dans le giron des CSST et CCAA, les consommateurs de cannabis seront repérés dans les rapports d'activité annuels et enregistrés dans le système statistique régulier.

L'enquête un mois donné, dont les résultats sont présentés ici, vise à apporter des informations complémentaires, relatives au public reçu (consommateurs et entourage du consommateur), à la nature des consultations (nombre moyen de

⁶ Circulaire N°DGS/DHOS/SD6B/O2/2005/121 du 7 mars 2005 relative au système d'information pour les consultations destinées aux jeunes consommateurs de cannabis et autres substances psychoactives et leurs familles (NOR : SANP0530103C).

Enquête sur les personnes accueillies en consultation cannabis en 2005

consultations, type de suivi offert, personnel d'accueil, orientations proposées) et aux pratiques professionnelles mises en œuvre (utilisation d'outils de repérage, orientations proposées, etc.).

Cette enquête permet d'apporter des éléments d'analyse du traitement spécifique qu'apportent les consultations d'évaluation aux personnes en difficulté avec leur consommation. Elle décrit la façon dont elles prennent en charge le public demandeur et la façon dont fonctionne, le cas échéant, cette porte d'entrée vers les structures de prise en charge. Enfin, elle interroge le rôle de passerelle entre la prévention et la prise en charge impartie à ce dispositif par les pouvoirs publics.

Description de l'enquête et de l'échantillon

L'enquête et les méthodes utilisées

Présentation générale de l'enquête

L'enquête sur les personnes accueillies en « consultation jeunes consommateurs » a été menée par questionnaire, auprès des professionnels qui ont reçu les patients (ou leur entourage) en consultation entre le 15 mars et le 15 avril 2005 : cette population a ensuite été suivie jusqu'au 30 juin 2005.

Par rapport aux systèmes d'information existants, elle constitue une source d'information complémentaire et qualitative capable de décrire, à la fois, la population qui s'est adressée aux consultations d'évaluation au cours de leur première année d'activité et le type de suivi qui lui a été proposé, qu'il s'agisse d'usagers de produits psychoactifs ou de leur entourage.

La saisie des questionnaires a été sous-traitée par la société de prestation informatique Statmicro. Elle s'est déroulée suivant le rythme de réception des questionnaires à l'OFDT, entre les mois de juillet et d'octobre 2005.

Le questionnaire

Le questionnaire a été construit en deux parties distinctes, de façon à collecter des données sur les consommateurs venus en consultation et la nature du suivi dont ils ont bénéficié mais aussi sur le public non consommateur (entourage familial, le plus souvent) reçu dans ces structures (cf. annexe).

La première partie, intitulée « fiche jeune consultant », a ainsi permis de recueillir des informations :

10

1 - sur le profil des consultants :

- Nouveau consultant ou non,
- Sexe,
- Situation actuelle (au regard de l'emploi),
- Situation scolaire,
- Origine de la démarche,
- Substances consommées, fréquence de consommation et âge de début de consommation,

Description de l'enquête et de l'échantillon

- Consommation de cigarettes au cours des 30 derniers jours,
- Quantités d'alcool et de cannabis un jour de consommation,
- Diagnostic prononcé à l'issue du repérage (quant au type d'usage du consommateur vu en consultation).

2 - sur le parcours des consommateurs au sein de la consultation :

- Personnes présentes à la consultation,
- Type de consultation (individuelle ou en groupe),
- Type de personnel d'accueil rencontré au cours des consultations successives,
- Orientation à l'issue de la consultation.

3 - sur les pratiques professionnelles du personnel d'accueil des consultations cannabis, en termes de recours aux outils de repérage des usages nocifs de cannabis.

La seconde partie du questionnaire, nommée « fiche d'accueil de l'entourage », a donc pris en compte le public non consommateur accueilli en consultation pour évoquer la consommation d'un tiers (enfant, frère ou sœur, ou autre). Les informations requises ne concernaient que le sexe de la « personne de l'entourage » et la nature de sa demande (information, conseil sur la conduite à tenir, demande de prise en charge du jeune, demande de soutien ou autre). En outre, deux types d'informations étaient demandées sur le « jeune consommateur » motivant le recours de l'entourage à la consultation : son sexe et sa date de naissance. De cette façon, les réponses au questionnaire permettent de dénombrer et de caractériser l'ensemble de la population consommatrice « prise en compte » (directement ou indirectement) dans le cadre des consultations cannabis.

Les items du questionnaire permettant de décrire la population des consultants (données sociodémographiques et fréquences de consommation de substances psychoactives) ont été calqués sur ceux de l'enquête ESCAPAD, afin de pouvoir comparer, terme à terme, le profil des usagers accueillis en consultation cannabis à celui des usagers adolescents (à 17-18 ans) en population générale.

Le questionnaire a été envoyé en 40 exemplaires aux consultations cannabis désignées par les Préfets de région à la date du 21 février. Il était accompagné d'une note du Président de la MILDT présentant l'ensemble du système d'information développé pour suivre l'activité des consultations cannabis.

Méthodes statistiques utilisées

Pour la présentation des résultats, les tableaux distinguent presque toujours les garçons et les filles. Dans certains tableaux, le chiffre total (indiqué dans la colonne de droite ou la dernière ligne) est plus élevé que la somme des parties car il comprend

une part de non-réponses (exemple : dans le tableau 4, le chiffre indiqué dans la colonne « ensemble » est plus élevé que la somme des garçons et des filles car il comprend une part de consultants pour lesquels la question du sexe n'a pas été renseignée).

L'échantillon étant limité à un public de consultants qui ont été vus au cours d'un mois donné (puis suivis pendant 14 semaines), la question de la représentativité n'a pas lieu d'être posée. Les données présentées dans le rapport sont donc pour l'essentiel des tris à plat ou des tris croisés permettant d'établir un certain nombre de relations statistiques de base.

L'exploitation statistique se heurte toutefois à deux limites principales. La première tient à la façon hétérogène dont ont été remplis les questionnaires : si certaines consultations cannabis ont correctement renseigné tous les champs, un grand nombre d'entre elles a laissé certaines rubriques vides ou incomplètes, ce qui a conduit à n'exploiter que les données des champs dûment complétés. Autrement dit, les non-réponses ont été laissées de côté et l'échantillon exploitable a été réduit aux seules consultations cannabis ayant correctement répondu à une question donnée.

Dans le cas des tris à plat, ce parti pris ne pose pas de problèmes particuliers, dès lors que le taux de non-réponse est clairement indiqué. En revanche, dans le cas des tris croisés multivariés, une partie non négligeable de l'échantillon a, à chaque fois, été écartée : seuls les questionnaires où l'ensemble des variables retenues étaient renseignées ont été pris en compte dans l'analyse. Le fait d'exclure les questionnaires comportant des non-réponses à certaines questions produit inévitablement des biais de représentativité, qui sont difficiles à contrôler. Pour remédier à ce problème, la prochaine édition de l'enquête tentera de minimiser les non-réponses grâce à une version améliorée du questionnaire et des consignes de remplissage plus précises.

La seconde limite est consubstantielle à l'objectif de l'enquête : décrire une population (et les sous-populations qui la composent) sur la base d'un échantillon limité de cas. Par définition, toutes les fois où l'on ne s'intéresse qu'à une partie de l'échantillon et qu'on use de variables-filtres, les effectifs qui soutiennent l'analyse s'amenuisent et deviennent parfois trop faibles pour produire une analyse statistiquement significative. Les tris croisés présentés sur des populations peu nombreuses sont donc à interpréter avec précaution.

La méthode de présentation des données en tableaux qui a été privilégiée ici met donc en évidence les liaisons statistiques multiples existant entre plusieurs variables. Cependant, comme l'ensemble des variables caractérisant la population

Description de l'enquête et de l'échantillon

des consultants sont liées entre elles (âge, sexe, situation scolaire ou professionnelle, motif de recours à la consultation, fréquences d'usage du cannabis, du tabac et de l'alcool, quantités consommées un jour donné), une méthode de régression logistique a été utilisée pour contrôler les « effets de structure » et mesurer l'impact propre de chacune d'entre elles. Précisons toutefois que ces régressions logistiques ont été effectuées sur un échantillon limité aux questionnaires qui ne contenaient pas de valeurs manquantes. Les résultats qui en ressortent sont donc partiels et doivent être, eux aussi, appréhendés avec prudence.

La méthode statistique des régressions permet ainsi de contrôler l'effet de chacune des variables du modèle, en mesurant l'influence d'une variable sur une autre « toutes choses égales par ailleurs », c'est-à-dire en prenant en compte le niveau des autres variables introduites dans le modèle et en faisant disparaître les « effets de structure ». Par exemple, les consommateurs déclarant un usage régulier de cannabis ont essayé le cannabis plus précocement que les autres. Or l'usage régulier de cannabis et la précocité de d'expérimentation sont liés tous deux à des consommations plus intensives. Ces trois variables (fréquence d'usage du cannabis, âge d'expérimentation et intensité de consommation) sont donc positivement corrélées entre elles. Cependant, pour apprécier dans quelle mesure la fréquence d'usage est liée à l'intensité de la consommation, indépendamment de l'âge de la première prise de cannabis, il faut mesurer la relation entre ces variables en contrôlant l'âge de début de consommation, pour neutraliser les relations entre celui-ci et les quantités de cannabis consommées. Les méthodes de régression permettent ainsi de quantifier précisément les relations entre variables, pour voir par exemple si c'est l'âge d'expérimentation du cannabis ou la fréquence d'usage actuelle qui est le plus lié(e) à des consommations intensives.

Pour interpréter les résultats d'une régression logistique, la notion anglo-saxonne d'« odds ratio » est utilisée. Quand on examine par exemple l'influence de l'âge d'expérimentation sur l'intensité de la consommation, si l'odds ratio associé à la modalité « âge d'expérimentation inférieur à 14 ans » vaut 2,95 pour les garçons (cet exemple est entièrement fictif), la convention d'interprétation utilisée sera la suivante : toutes choses égales par ailleurs, c'est-à-dire une fois contrôlés les effets des autres variables de régression, un garçon qui a essayé le cannabis avant 14 ans a trois fois plus de chances de déclarer, lors de la visite en « consultation jeunes consommateurs », un usage intensif de cannabis. L'odds ratio n'est donc ni une probabilité, ni un rapport de probabilités : il décrit une relation statistique entre deux variables, en tendance, en contrôlant l'effet d'une série d'autres variables susceptibles d'influencer cette relation.

Apports et limites

L'enquête permet de caractériser le public reçu au cours d'un mois donné (consommateurs et entourage du consommateur) et de mesurer les déterminants de l'activité des « consultations cannabis » au cours de leur première année de fonctionnement. Elle constitue une précieuse source d'information sur l'effectivité des « consultations cannabis » (par opposition à l'efficacité, qui ne saurait être établie qu'au terme d'une période de fonctionnement minimale et en référence à des niveaux de consommation globaux). Elle permet notamment de vérifier que le dispositif de « consultations cannabis » touche bien son public-cible⁷.

Au-delà d'une simple description du profil des consultants et du suivi qui leur est offert (nombre moyen de consultations, type de prise en charge, personnel d'accueil, orientations proposées), l'enquête s'est également attachée à produire une caractérisation plus fine de sous-populations particulières parmi les consultants (usagers dépendants au cannabis ou déclarant une consommation abusive, usagers adressés par la justice, usagers faisant l'objet d'un suivi de plus de 5 consultations, etc.) en essayant de repérer d'éventuelles spécificités de profil ou de traitement.

Enfin, l'enquête propose des analyses complémentaires sur les pratiques professionnelles développées dans ces structures (orientation vers d'autres structures, dépistage des consommations nocives, critères de diagnostic d'un usage nocif ou d'une dépendance).

Ce travail se heurte toutefois aux limites de la méthode quantitative choisie : si elle parvient à produire des observations statistiques sur le profil du public reçu et la nature du « service » qui lui est rendu, elle n'est pas toujours en mesure d'expliquer les constats formulés. Le matériau quantitatif recueilli gagnerait donc à être complété par des études qualitatives, seules capables de rendre compte des « logiques » de fréquentation des « consultations cannabis » qui déterminent le comportement des consultants.

Par ailleurs, l'enquête ayant été lancée concomitamment avec le dispositif lui-même, elle n'a pu interroger que l'effectivité des « consultations cannabis », sans en mesurer la plus-value. La « consultation cannabis » émanant, par nature, d'une structure de soins existante (centre de soins aux toxicomanes, centre d'alcoologie ou service hospitalier), il faudrait pouvoir comparer l'activité de prise en charge qui était déjà assurée dans le fonctionnement ordinaire de la structure, à l'activité spé-

⁷ L'analyse des politiques publiques montre bien que les populations les plus problématiques sont souvent les plus difficilement saisies par les programmes qui les visent. Dans le cas des services de l'emploi par exemple, ce sont les personnes les moins éloignées de l'emploi qui ont le plus de rendez-vous avec un conseiller mission locale, la capacité même d'honorer un rendez-vous étant un élément de l'employabilité. Ne pariant pas a priori sur la « rationalité de l'action publique », le choix a été fait de présenter les éléments objectifs qui ressortent de l'enquête, dont la raison d'être est bien d'établir (ou non) ce qu'avance le sens commun.

Description de l'enquête et de l'échantillon

cifique développée depuis l'ouverture de la « consultation cannabis ». Une analyse globale de l'apport propre du dispositif pourra néanmoins être menée après deux ou trois années de fonctionnement des consultations : le chiffre annuel des consommateurs reçus pourra être rapproché des files actives de patients venus en CSST ou en CCAA pour un problème de cannabis, ce qui permettra d'avancer des hypothèses sur les éventuels effets de report, vers les consultations spécialisées, du public porteur d'une demande de soins ou sur les mécanismes de sélection de certains types de clientèle.

L'enquête, telle qu'elle a été conçue, ne permet pas davantage de trancher sur l'efficacité du dispositif, définie comme un résultat global en termes de baisse de la consommation de cannabis : pour documenter cette question, il faudrait recourir à une méthode différente en procédant, par exemple, à une étude de cohorte.

Enfin, il faut souligner que le questionnaire a été rempli par les professionnels faisant l'accueil des consommateurs (ou de leur famille). Par conséquent, le point de vue de l'usager sur le dispositif des « consultations cannabis » n'a pas fait l'objet d'un questionnement dans le cadre de cette enquête.

Enfin, s'agissant de l'exploitation statistique elle-même, il faut préciser ici que l'analyse a dû être limitée aux cas où l'échantillon de consultants était suffisant pour pouvoir conclure à une corrélation statistique. L'échantillon des consultants étant de 4200 personnes environ, il est difficile de multiplier les filtres au-delà d'un certain stade : ainsi par exemple, une analyse par tranche d'âges qui voudrait proposer également une différenciation par motif de consultation, fréquence de consommation de cannabis et intensité de l'usage perdrait en fiabilité compte tenu de la faible taille de l'échantillon final. Seules les exploitations probantes du point de vue de la puissance statistique sont présentées dans ce rapport.

L'échantillon

Le taux de participation à l'enquête a été de l'ordre de 95 % (sur 266 consultations labellisées par les Préfets de région à la date de lancement de l'enquête).

Le taux de réponse exploitable avoisine les 90 %, si l'on écarte les consultations fermées à la date de l'enquête, celles qui n'ont reçu aucun patient entre le 15 mars et le 15 avril 2005 et celles qui ont renvoyé un questionnaire rempli de façon trop lacunaire pour être exploitable.

Les 266 consultations qui étaient ciblées par l'enquête correspondent à celles qui étaient désignées par les Préfets de région à la date du 21 février 2005. Précisons

Enquête sur les personnes accueillies en consultation cannabis en 2005

que, depuis le 21 février 2005, 3 nouvelles consultations ont été labellisées : leur activité est suivie dans le cadre du système de recueil mensuel, renseigné en ligne par chaque consultation.

Consultations désignées par les Préfets de région à la date de lancement de l'enquête (21 février 2005)	266	Base 100
<i>Consultations qui n'ont pas répondu à l'enquête</i>	13	5 %
N'ont pas pu être contactées	11	4 %
Indisponibilité pour répondre à l'enquête	2	1 %
<i>Consultations qui ont participé à l'enquête</i>	253	95 %
Taux de participation à l'enquête		
Lieux de consultations fermés	9	3,4 %
Consultations n'ayant accueilli aucun patient entre le 15 mars et le 15 avril 2005	7	2,6 %
Questionnaire non reçu / Problèmes avec les services postaux	7	2,6 %
Questionnaires inexploitable	1	0,4 %
<i>Consultations ayant retourné une réponse exploitable</i>	229	86 %
Taux de réponse exploitable		

Parmi les 266 consultations qui formaient l'échantillon de base de l'enquête, 253 ont retourné une réponse (95 %), tandis que près de 5 % d'entre elles (13 consultations) n'ont pas pu être associées à l'enquête :

- 11 consultations n'ont pu être contactées (4 %), malgré plusieurs relances par téléphone et/ou par mail ;
- 2 consultations ont invoqué l'impossibilité de répondre à l'enquête, pour des raisons de disponibilité (1 %).

Parmi les 253 répondants, 24 lieux de consultation (9 %) ont fourni une réponse qui n'a pas pris la forme d'un renvoi de questionnaire :

- 9 consultations ont déclaré qu'elles étaient fermées dans la période d'inclusion de l'enquête (3 %) : les consultations de Brive-la-Gaillarde (19), Ajaccio (20A), Valence (ANPAA 26), Figeac (46), Saint-Omer (62), du Mans (72), de Saint-Germain-en-Laye (service hospitalier - 78), n'étaient pas encore ouvertes ; celles de Châtelleraut (86) et de Boulogne-Billancourt (Point accueil - 92), quant à elles, avaient été arrêtées ;
- 7 consultations ont déclaré qu'aucun patient n'avait été accueilli dans la période d'inclusion du 15 mars au 15 avril (3 %) : il s'agit des consultations de Redon (35), Etain (55), Saint Mihiel (55), Sarrebourg (57), Fontenay-le-Comte (85), Luçon (85), Saint Jean de Monts (85) ;

Description de l'enquête et de l'échantillon

- 7 consultations ont déclaré ne pas avoir reçu le questionnaire, ou l'avoir renvoyé par la Poste alors qu'aucune réponse n'a été reçue (3 %) ;
- 1 consultation a renvoyé une série de questionnaires inexploitable.

L'échantillon effectif comprend donc 229 consultations cannabis en activité à la date de l'enquête, qui ont bien reçu des patients dans la période d'inclusion et qui ont correctement rempli le questionnaire, sur les 257 consultations ouvertes que l'on pouvait inclure à cette date dans le champ de l'enquête. Elles sont réparties dans 95 départements (sur 99).

Taux de réponse par département

Sur 99 départements (cf. annexe 3 pour le tableau complet par département) :

- 71 ont renvoyé des informations exploitables concernant la totalité des consultations de leur ressort (ce qui représente 160 consultations cannabis) ;
- 20 ont fourni des réponses pour au moins la moitié des consultations de leur ressort (mais pas la totalité), soit 66 consultations ;
- 3 départements ont renvoyé des informations pour une seule consultation de leur ressort, sur 3 existantes (Seine-Saint-Denis et Martinique), sur 4 existantes (Vendée) ;
- 5 départements, qui comptent sur leur ressort une seule consultation cannabis, n'ont rien renvoyé (Corrèze, Corse du Sud, Dordogne, Deux Sèvres et Sarthe), ce qui signifie qu'aucune information n'est disponible pour ces 5 départements.

Autrement dit, les trois quarts des départements ont fourni une réponse complète pour l'ensemble des consultations cannabis du département.

Taux de réponse par région

Le taux de réponse moyen, par région, avoisine les 86 %. Sept régions, sur 23 incluses dans l'enquête, ont renvoyé une information complète pour l'ensemble des consultations de leur ressort : Alsace, Auvergne, Champagne-Ardenne, Franche-Comté, Haute-Normandie, Languedoc-Roussillon et Picardie.

Le taux de réponse par région n'est jamais inférieur à 60 %, sauf pour la Corse qui ne compte que deux consultations – dont une n'a pas répondu à l'enquête.

Par rapport à l'ensemble des questionnaires collectés, les files actives les plus importantes ont été enregistrées en Ile-de-France (14 % des questionnaires exploitables), en Bretagne (8 %), en région Rhône-Alpes (7 %), dans les Pays de la Loire (7 %) et dans le Nord-Pas-Calais (7 %), en soulignant de surcroît que dans aucune de ces 5 régions, le taux de réponse n'a été de 100 %.

Enquête sur les personnes accueillies en consultation cannabis en 2005

Tableau 1 - Taux de réponse à l'enquête, par région (taux de réponse global = 86 %)

Région	Nombre total de lieux de consultation	Nombre de consultations ayant retourné une réponse	Nombre de questionnaires exploitables	% de l'échantillon
Alsace	5	5	56	1,7
Aquitaine	11	9	164	5
Auvergne	4	4	125	3,8
Basse-Normandie	9	7	72	2,2
Bourgogne	12	11	121	3,7
Bretagne	18	17	263	8
Centre	8	7	146	4,5
Champagne-Ardenne	5	5	45	1,4
Corse	2	1	7	0,2
Départements d'Outre-Mer	5	3	28	0,9
Franche-Comté	7	7	102	3,1
Haute-Normandie	6	6	104	3,2
Ile-de-France	34	27	467	14,2
Languedoc-Roussillon	10	10	107	3,3
Limousin	3	2	45	1,4
Lorraine	17	13	161	4,9
Midi-Pyrénées	11	10	132	4
Nord-Pas-de-Calais	19	16	231	7
Pays de la Loire	19	15	233	7,1
Picardie	4	4	124	3,8
Poitou-Charentes	9	7	115	3,5
Provence-Alpes-Côte-d'Azur	17	15	196	5,9
Rhône-Alpes	31	28	235	7,2
TOTAL RÉGIONS	266	229	3280	100

Échantillon par type de structure de rattachement de la « consultation cannabis »

18

Les trois quarts des « consultations cannabis » incluses dans l'enquête relèvent institutionnellement d'un centre de soins spécialisés aux toxicomanes (avec une prédominance des CSST gérés par une association, à près de 80 %, contre un peu plus de 20 % de CSST à gestion hospitalière) ; 12 % sont adossées à un centre de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) ; 9 % sont rattachées à un centre hospitalier (service d'alcoologie ou autre type de service) ; et 4 % dépendent d'une structure mixte de soins aux toxicomanes et en alcoologie (CSST / CCAA). Autrement

Description de l'enquête et de l'échantillon

dit, l'enquête inclut une proportion moindre (9 % vs. 15 %) de consultations cannabis relevant d'un service hospitalier, par rapport à leur représentation parmi l'ensemble des consultations cannabis labellisées financées par le ministère de la Santé (cf. *infra*).

L'échantillon est donc relativement représentatif, comparé à la répartition de l'ensemble des « consultations cannabis » par structure de rattachement : les chiffres publiés par la Direction générale de la santé⁸ donnent exactement le même pourcentage de « consultations cannabis » adossées à un CSST. Dans notre échantillon, les consultations cannabis relevant d'un CCAA ou d'un CSST/CCAA sont légèrement plus nombreuses que dans l'ensemble des structures aujourd'hui labellisées et financées par la DGS, et les consultations relevant d'un service hospitalier sont légèrement moins représentées.

Une partie du différentiel que l'on peut lire dans le tableau ci-après est imputable au mode de décompte différent employé par la Direction générale de la Santé, qui a recensé certains CSST intervenant en milieu hospitalier dans la rubrique « CSST ». La structure des « consultations cannabis » observées dans l'enquête est donc très proche de la réalité qui prévalait à la date de lancement de l'enquête (de nouvelles consultations ont ouvert depuis, d'autres ont fermé).

Tableau 2 - Structure de l'échantillon selon le rattachement institutionnel de la « consultation cannabis » répondante

	Nombre de consultations cannabis incluses dans l'enquête	Part de l'échantillon	Ensemble des consultations cannabis recensées par la DGS
CSST	169	75 %	75 %
CCAA	27	12 %	8 %
CSST/CCAA	10	4 %	2 %
Service hospitalier	20	9 %	15 %
Sous-total	226	100 %	100 %
Autre (association, PAEJ, Point accueil)	3		
TOTAL	229		

⁸ Source : récapitulatif des crédits dédiés aux consultations labellisées, ministère de la Santé, DGS/SD6B.

Recodage des non-réponses et des incohérences

Près d'un quart des questionnaires comportaient des anomalies à la fin de la saisie (792 / 3 280). Le taux de non-réponses sur certaines questions a été important. Plusieurs opérations de recodage ont été mises en œuvre pour corriger les incohérences. Les plus fréquentes portaient sur l'enregistrement des consultants (« nouveau consultant » ou non). De ces erreurs d'étiquetage ont découlé des anomalies liées au remplissage des rubriques portant sur la première consultation, le nombre et la durée des consultations.

Les bornes de la période d'inclusion ont été élargies (± 5 jours), si bien que la période effectivement couverte est celle du 10 mars au 20 avril 2005.

Un petit nombre de questionnaires ont été bannis : ceux qui ont été remplis en dehors de la période d'inclusion (élargie) ainsi qu'une dizaine de questionnaires parvenus à l'OFDT après la fin de la saisie (septembre 2005).

Les quantités consommées un jour de consommation ont été bridées à 40 joints pour le cannabis et à 30 verres pour l'alcool, de façon à écarter les réponses surestimées ou fantaisistes.

Précision des résultats

L'intitulé de l'enquête (« jeunes accueillis en consultation cannabis ») a fait l'objet d'interprétations différenciées de la part des professionnels ayant répondu à l'enquête. Un certain nombre de consultations n'ont pas renseigné le questionnaire pour la partie la plus âgée du public de consommateurs (en général plus de 25 ans). Ainsi par exemple, la consultation de Paris 12 (Centre La Corde Raide) a signalé ne pas avoir renseigné de questionnaire pour les consommateurs de 26 ans et plus, tandis que l'équipe de Mulhouse (ECIMUD) n'a, elle, pris en compte que les usagers de moins de 21 ans. D'autres consultations ont choisi d'intégrer l'ensemble des consommateurs reçus un mois donné, quel que soit leur âge. Compte tenu de ces interprétations variables de la notion de « jeunes », on peut supposer que la répartition des consommateurs par tranche d'âge ne reflète pas exactement la structure du public effectivement accueilli, avec une certaine sous-estimation des consommateurs plus âgés.

Dans la plupart des cas, les données par âge ont été présentées pour les consommateurs âgés de moins de 26 ans, pour éviter de démultiplier les effets de ce biais de labellisation initial. La prochaine édition de l'enquête prendra en compte cette source de confusion, en précisant qu'elle s'intéresse aux consommateurs de tout âge.

Structure de l'échantillon exploitable

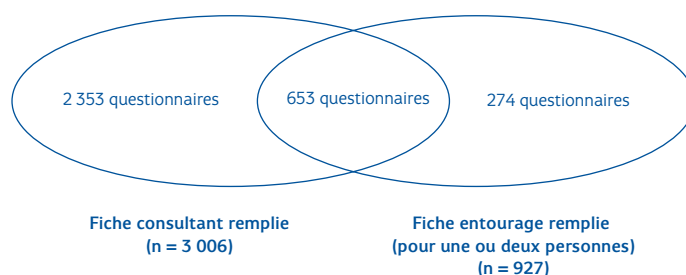
L'échantillon analysé comprend 3 280 questionnaires. Sur 229 consultations cannabis, 14 questionnaires ont été reçus en moyenne (par point de consultation). Le nombre minimal était un seul questionnaire ; le maximum était de 77 questionnaires.

Le protocole de l'enquête précisait qu'un nouveau questionnaire devait être rempli pour toute personne reçue en consultation entre le 15 mars et le 15 avril, qu'il s'agisse d'un consommateur venu consulter en son nom propre ou d'un tiers venu évoquer l'usage de cannabis d'un proche (enfant ou autre). Certains questionnaires comportent, à la fois, des données relatives au consommateur et des données ayant trait à une (ou plusieurs) personne(s) de son entourage.

L'enquête permet ainsi de distinguer trois profils de questionnaires :

- les questionnaires comprenant uniquement des données relatives au consommateur de cannabis venu consulter en son nom propre (n = 2 353) ;
- les questionnaires comprenant uniquement des données relatives à l'entourage du consommateur (n = 274) ;
- les questionnaires comprenant, à la fois, des données relatives au consommateur et des données relatives à l'entourage du consommateur (n = 653).

Mode de remplissage des questionnaires (partie « consultant » et partie « entourage »)



Par ailleurs, les questionnaires prévoyaient de pouvoir intégrer, le cas échéant, des données relatives à deux personnes de l'entourage au maximum. On dispose ainsi de 658 questionnaires où la fiche entourage a été remplie pour une seule personne, et de 269 questionnaires où la fiche entourage comporte des informations

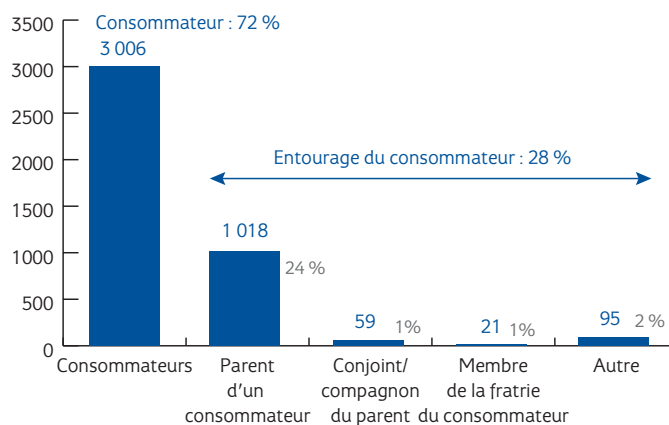
Enquête sur les personnes accueillies en consultation cannabis en 2005

concernant deux personnes de l'environnement proche du consommateur. Au total, 1 196 personnes ayant dans leur entourage un consommateur de cannabis sont venues consulter pour demander une information, un conseil, une aide, ou une prise en charge pour le tiers consommateur.

Le public capté par l'enquête comprend 4 202 consultants (au sens de : personnes vues), répartis comme suit :

- 3 006 consommateurs de cannabis (72 %) – dont 2 353 (78 %) ont consulté seuls et 653 (22 %) accompagnés d'une personne de leur entourage ou à la suite d'une personne de leur entourage⁹ ;
- 1 196 personnes de l'entourage du consommateur (28 % du total des consultants), venues évoquer la consommation d'un proche, pour moitié seules en tant que personne de l'entourage (658 personnes) et pour moitié avec une autre personne de l'entourage (dans 269 cas, soit 538 personnes), en compagnie ou non du consommateur lui-même.

Figure 1 - Structure du public reçu en consultation un mois donné (n=4 202)



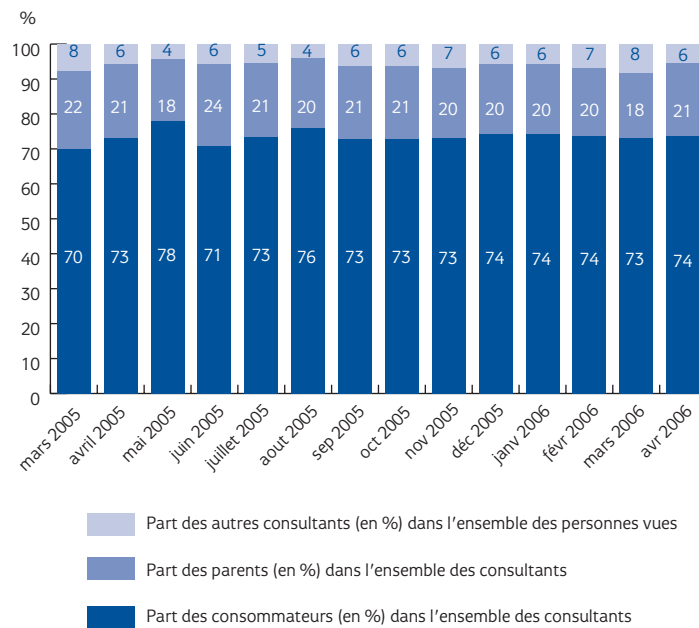
N.B. : la somme des effectifs présentés ici égale 4 199 personnes, et non 4 202, du fait de 3 non-réponses sur le lien de la personne de l'entourage avec le consommateur.

⁹ Ce dernier cas étant enregistré comme une seule consultation initiale, éventuellement suivie d'une ou plusieurs autres, si le consommateur est revenu d'ici la fin de la période de suivi prise en compte dans l'enquête (30 juin 2005).

Description de l'enquête et de l'échantillon

Ces résultats sont parfaitement concordants avec les chiffres d'activité collectés dans le cadre du recueil mensuel. Au cours de la période d'inclusion de l'enquête, le recueil mensuel donnait, en mars 2005, 70 % de consommateurs et 30 % de personnes de l'entourage et en avril 2005, 73 % de consommateurs et 27 % de personnes de l'entourage accueillies en consultation. On peut donc avancer avec une bonne marge de fiabilité que le public reçu en consultation cannabis se répartit entre consommateurs (à 70 %) et personnes de l'entourage d'un consommateur à environ 30 %. D'après le graphique ci-dessous, le nombre moyen de consommateurs vus par structure représente bien environ 70 % du nombre moyen de consultants (entourage + consommateurs), représenté ici par une barre foncée, quel que soit le taux de réponse au système de recueil mensuel.

Figure 2 - Structure du public accueilli en consultation entre mars 2005 et avril 2006



Source : Recueil mensuel SIMCCA, OFDT

Enquête sur les personnes accueillies en consultation cannabis en 2005

D'après ces données, les consultations cannabis ont accueilli, en moyenne, par mois, 13 consommateurs et 5 personnes de l'entourage d'un consommateur, ce qui correspond également aux résultats de l'enquête un mois donné.

Il faut toutefois souligner la dispersion des files actives, déjà établie grâce au recueil mensuel : la moitié des consultations cannabis reçoivent moins de 10 consommateurs par mois (ou un mois donné). Dans l'enquête, la médiane est comprise entre 10 et 11 consommateurs un mois donné.

Tableau 3 - Répartition des files actives de consommateurs dans l'enquête un mois donné et dans le dispositif de recueil mensuel (% en ligne)

	0-9	10-19	20-49	50 et plus	Nombre de consultations cannabis
Données de l'enquête un mois donné	50 %	26 %	23 %	2 %	229
Données du recueil mensuel					
Avril 2005	49 %	25 %	24 %	3 %	210
Juin 2005	50 %	23 %	22 %	4 %	192

On peut ajouter que d'après les résultats de l'enquête, les 10 (4 %) consultations cannabis les plus « actives » (entre 32 et 76 consommateurs reçus un mois donné, sans compter les personnes de l'entourage) ont accueilli, à elles seules, 15 % de l'ensemble des usagers de cannabis (453/3 006). À une exception près (qui relève d'un CCAA), elles sont toutes dépendantes d'un CSST (dont une structure mixte CSST/CCAA).

Profil socio- démographique des consultants

Les consultants : des consommateurs ou des personnes de l'entourage

Parmi les consommateurs venus consulter un mois donné (72 % du public, soit 3 006 personnes), les garçons sont nettement majoritaires (à 80 %).

Parmi les personnes de l'entourage en revanche (28 % de l'ensemble des consultants, soit 1 196 personnes, pour la plupart des parents), 68 % sont des femmes et 32 % des hommes.

L'âge et le sexe des consommateurs reçus en consultation

Parmi les consommateurs accueillis un mois donné, on compte 80 % de garçons et 20 % de filles. L'âge moyen de ces consultants est de 21 ans et 2 mois. Il apparaît légèrement inférieur chez les filles (20 ans et 8 mois, contre 21 ans et 3 mois chez les garçons). L'âge médian des filles venues en consultation se situe entre 18 et 19 ans, alors qu'il est compris entre 19 et 20 ans chez les garçons.

Dans une large majorité de cas, les consommateurs reçus ont entre 14 et 25 ans (à 90 %). En raisonnant par tranches d'âge (arbitrairement définies – cf. figure ci-après), c'est entre 17 et 19 ans que les effectifs sont les plus importants (un tiers des consommateurs reçus, soit 947 personnes).

Les plus jeunes consommateurs ayant fait appel à une « consultation cannabis » sont âgés de 10 à 13 ans. Le plus âgé a 59 ans.

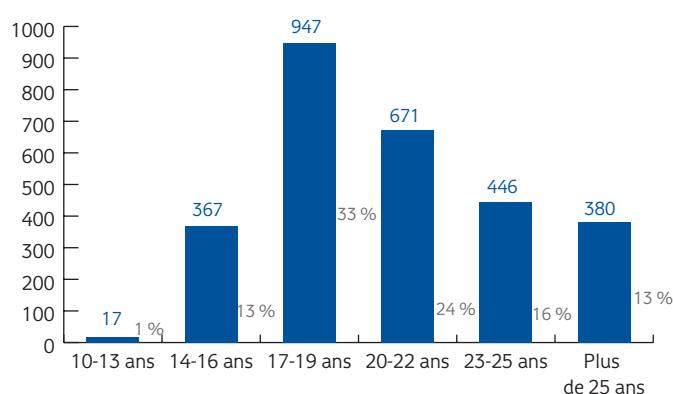
Quelle que soit la tranche d'âge, les garçons forment trois quarts au moins des usagers accueillis.

Un quart des consommateurs reçus sont des mineurs (tableau 4), 62 % des jeunes majeurs (18-25 ans) et 13 % ont plus de 25 ans. On peut supposer que cette part est sous-évaluée : certaines consultations ont en effet interprété de façon restrictive les termes du cahier des charges des consultations cannabis, qui évoque les « jeunes consommateurs » sans précision d'âge : elles ont donc choisi (en le signalant explicitement ou non) de ne prendre en compte dans le questionnaire que les consommateurs de moins de 25 ans.

Profil sociodémographique des consultants

La part des mineurs est sensiblement plus élevée chez les filles (30 % d'entre elles, vs. 23 % des garçons), ce qui confirme le constat d'une population consultante féminine en moyenne plus jeune.

Figure 3 - Répartition des consommateurs reçus en consultation de diagnostic un mois donné, par tranche d'âge, en effectifs et en % (n=2828)



N.B. : la part des consommateurs de plus de 25 ans a probablement été sous-estimée, du fait de la désignation donnée aux consultations (« consultations jeunes consommateurs »), reprise dans l'intitulé de l'enquête (qui portait sur les « jeunes » accueillis en consultation).

Les mineurs sont souvent venus accompagnés de leur(s) parent(s) : à 14-16 ans par exemple, c'est le cas de 46 % d'entre eux, vs. 30 % à 17-19 ans, 12 % à 20-22 ans, 10 % à 23-25 ans. Les filles sont plus nombreuses à venir accompagnées, sauf entre 17 et 19 ans. Entre 14 et 16 ans, l'écart entre les sexes atteint presque 10 points en faveur des filles : 53 % des filles ont été accompagnées, contre 4 % des garçons du même âge ; entre 17 et 19 ans en revanche, les garçons sont un peu plus souvent entourés d'un proche quand ils viennent en « consultation cannabis » (31 %, vs. 26 % chez les filles du même âge). La plupart du temps néanmoins, les consommateurs majeurs sont venus seuls.

27

Tableau 4 - Répartition des consommateurs reçus en consultation de diagnostic un mois donné

	Garçons	Filles	Ensemble
	n= 2241	548	2828
Mineurs	23 %	30 %	25 %
Majeurs 18-25 ans	63 %	58 %	62 %
Majeurs de plus de 25 ans	14 %	12 %	13 %

Enquête sur les personnes accueillies en consultation cannabis en 2005

La structure des consommateurs par sexe connaît cependant des variations régionales. Malgré la faiblesse des échantillons régionaux, qui ne permet pas de relever des tendances suffisamment robustes, il semble que les garçons soient particulièrement sur-représentés parmi les consultants en Basse-Normandie, en Champagne-Ardenne, dans les Pays de la Loire ou dans le Centre (plus de 85 % des effectifs par sexe). À l'inverse, les contingents féminins sont supérieurs d'au moins 3 points à la moyenne générale chez les filles en Rhône-Alpes, en Ile-de-France, en Languedoc-Roussillon, en Franche-Comté et en Alsace.

La plus importante proportion de filles au sein du public venu consulter se trouve en Languedoc-Roussillon (plus de 37 %). Cette observation corrobore le constat de l'enquête ESCAPAD 2002/2003¹⁰ qui fait état de niveaux d'usage de cannabis particulièrement élevés chez les filles dans cette région.

Tableau 5 - Répartition des consultants de l'échantillon par région et par sexe (consommateurs)

	Garçons	Filles
Alsace*	78 %	22 %
Aquitaine	78 %	22 %
Auvergne*	84 %	16 %
Basse-Normandie	90 %	10 %
Bourgogne	80 %	20 %
Bretagne	83 %	17 %
Centre	85 %	15 %
Champagne-Ardenne*	87 %	13 %
Corse	100 %	0 %
DOM	79 %	21 %
Franche-Comté	77 %	23 %
Haute-Normandie*	79 %	21 %
Ile-de-France	77 %	23 %
Languedoc-Roussillon*	63 %	37 %
Limousin	82 %	18 %
Lorraine	81 %	19 %
Midi-Pyrénées	81 %	19 %
Nord-Pas-de-Calais	82 %	18 %
Pays de la Loire	86 %	14 %
Picardie*	84 %	16 %
Poitou-Charentes	79 %	21 %
Provence-Alpes-Côte-d'Azur	85 %	15 %
Rhône-Alpes	77 %	23 %
TOUTES RÉGIONS	80 %	20 %

N.B. : seules les régions signalées par des astérisques ont assuré un taux de réponse à l'enquête de 100 % des « consultations cannabis ».

¹⁰ Beck (F.), Legleye (S.), Spilka (S.), Atlas régional des consommations de produits psychoactifs des jeunes Français – Exploitation régionale de l'enquête ESCAPAD 2002/2003, Saint-Denis, OFDT, 2005, 224 p.

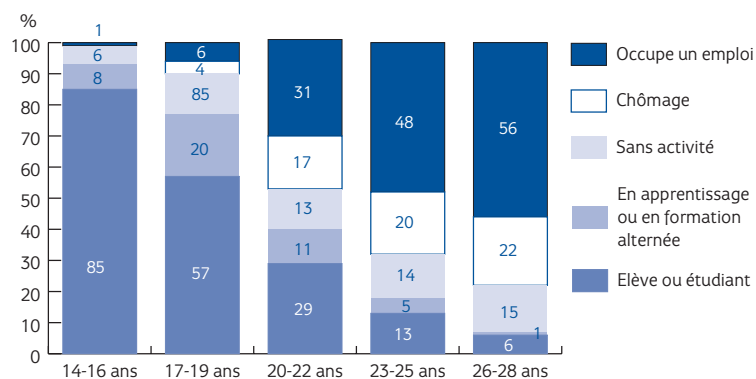
Au plan national, la proportion moyenne de filles, parmi le public consommateur venu en consultation, est de 20 %, contre 80 % chez les garçons.

Situation scolaire et professionnelle des consommateurs

Situation actuelle des consommateurs

Avant 20 ans, la plupart des consultants consommateurs sont scolarisés, élèves et étudiants ou en apprentissage et formation alternée (93 % des consommateurs de 14-16 ans et 77 % des 17-19 ans). La part des élèves scolarisés dans une filière d'apprentissage ou de formation alternée est relativement importante, en particulier entre 17 et 19 ans (cf. *infra*).

Figure 4 - Situation au moment de l'enquête des usagers âgés de 14 à 28 ans (n=2489)



N.B. : le 1 % de consommateurs âgés de 14 à 16 ans qui « occupent un emploi » peuvent être des élèves de CAP ou de BEP en stage d'entreprise. Les 6 % de consommateurs « sans activité » peuvent être des jeunes de moins de 16 ans déscolarisés ou des jeunes qui ont quitté l'école dans leur 17ème année.

La proportion d'actifs (c'est-à-dire les individus présents sur le marché du travail, qu'ils occupent un emploi ou qu'ils en cherchent un) augmente logiquement avec l'âge (10 % à 17-19 ans, 48 % à 20-22 ans, 68 % à 23-25 ans et 78 % à 26-28 ans). Les actifs occupés sont majoritaires parmi les consultants à partir de 23 ans. Les personnes au chômage représentent environ 20 % des consultants à partir de 20 ans. Enfin, la part de personnes sans activité (qui ne recherchent pas de travail) est relativement stable parmi les personnes accueillies en consultation entre 17 et 28 ans, oscillant entre 13 à 15 %.

Le profil scolaire ou professionnel des consommateurs venus en consultation (cf. tableau 6) semble relativement différencié par sexe dans certaines tranches d'âge :

- entre 17 et 19 ans, la part des élèves en apprentissage est bien plus importante chez les garçons, à l'image de la tendance en population générale ;
- entre 20 et 22 ans, les taux de scolarisation sont notablement plus élevés chez les filles ; à l'inverse, la part de garçons occupant un emploi est deux fois plus importante ;
- entre 23 et 25 ans, on trouve, parmi les consommateurs venus en consultation, des parts plus remarquables de filles sans activité et à l'inverse, une part majorée de garçons en situation d'activité professionnelle.

Tableau 6 - Situation scolaire ou professionnelle des consultants, par sexe, entre 17 et 25 ans (% en ligne)

	Elève ou étudiant	Dont apprentissage ou formation alternée	Sans activité	Au chômage	Occupe un emploi	Effectifs (base 100)
Garçons						
17-19 ans	78 %	23 %	13 %	3 %	6 %	720
20-22 ans	36 %	11 %	13 %	17 %	34 %	541
23-25 ans	18 %	5 %	13 %	19 %	50 %	348
Filles						
17-19 ans	75 %	8 %	15 %	5 %	5 %	194
20-22 ans	57 %	7 %	10 %	17 %	16 %	110
23-25 ans	20 %	1 %	19 %	20 %	41 %	80

Situation scolaire des consultants âgés de 10 à 16 ans

Les plus jeunes consultants, âgés de 10 à 15 ans, sont à 91 % collégiens ou lycéens. Les 9 % restants (soit 13 personnes) sont déscolarisés.

Profil sociodémographique des consultants

Parmi les consultants scolarisés, la majorité est élève dans l'enseignement général (la plupart au collège). Toutefois, à 16 ans, 21 % des garçons et 15 % des filles suivent une filière professionnelle ou de formation alternée (en CAP ou BEP).

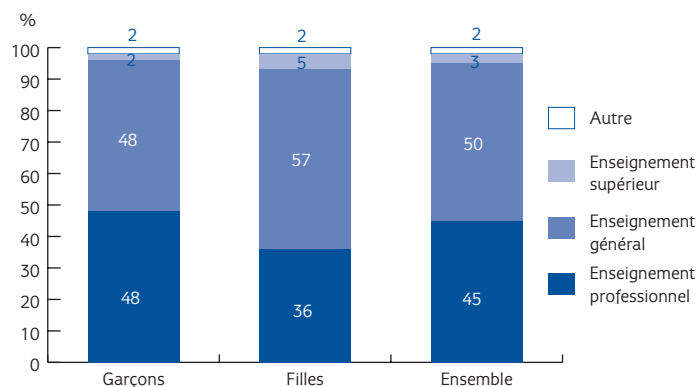
Tableau 7 - Classe des scolarisés en fonction de l'âge et du sexe parmi les plus jeunes consultants (% en colonne).

	10-15 ans			16 ans		
	Garçons	Filles	Ensemble	Garçons	Filles	Ensemble
Enseignement général	85 %	86 %	85 %	77 %	81 %	78 %
Enseignement professionnel	6 %	4 %	6 %	21 %	15 %	19 %
Autre (déscolarisés)	8 %	10 %	9 %	3 %	4 %	3 %

Situation scolaire des consultants âgés de 17 à 19 ans

Parmi les consultants scolarisés à 17-19 ans, la moitié est élève dans l'enseignement général (la plupart au lycée), plus souvent chez les filles que chez les garçons. Par ailleurs, 48 % des garçons venus consulter et 36 % des filles suivent une filière professionnelle (généralement en CAP ou en BEP), à l'image de la sur-représentation masculine dans les cursus d'apprentissage, en population générale. Les étudiants de l'enseignement supérieur sont rares parmi les consultants vus un mois donné, mais plus nombreux parmi les filles (comme en population générale).

Figure 5 - Situation scolaire des consommateurs venus consulter, par sexe, entre 17 et 19 ans (n=846)



Enquête sur les personnes accueillies en consultation cannabis en 2005

Le profil scolaire des adolescents venus en consultation cannabis diffère à plusieurs titres de celui des jeunes en population générale¹¹ : à 18 ans, ils sont moins souvent scolarisés (78 % des consultants de 18 ans, vs. 96 % en population générale). Quand ils le sont, c'est plus souvent dans des filières d'apprentissage ou de formation alternée (25 % des consultants, vs. 12 % en population générale). Cet écart est particulièrement net chez les garçons (près de 12 points de différence entre la part de consultants en apprentissage ou en formation alternée, par rapport à la population générale). Les filles, minoritaires dans les formations professionnelles en population générale, le sont aussi parmi les personnes venues en consultation « jeunes consommateurs ».

Tableau 8 - Situation scolaire ou professionnelle des consultants âgés de 18 ans (% en colonne).

Situation scolaire ou professionnelle	Données de l'enquête un mois donné			Données ESCAPAD 2003		
	Garçons	Filles	Ensemble	Garçons	Filles	Ensemble
Elève (lycéen ou collégien) ou étudiant	49 %	70 %	53 %	78 %	90 %	84 %
En apprentissage ou en formation alternée	28 %	11 %	25 %	16 %	8 %	12 %
Au chômage	3 %	5 %	3 %	3 %	1 %	2 %
Sans activité	14 %	11 %	14 %	-	-	-
En insertion	-	-	-	1 %	0 %	1 %
Occupe un emploi	6 %	5 %	6 %	6 %	4 %	5 %

N.B. : les items décrivant la situation des enquêtés ne sont pas identiques dans les deux enquêtes : ESCAPAD recense les personnes « en insertion » ; l'enquête un mois donné comptabilise les « sans activité » (déscolarisés ou autres)

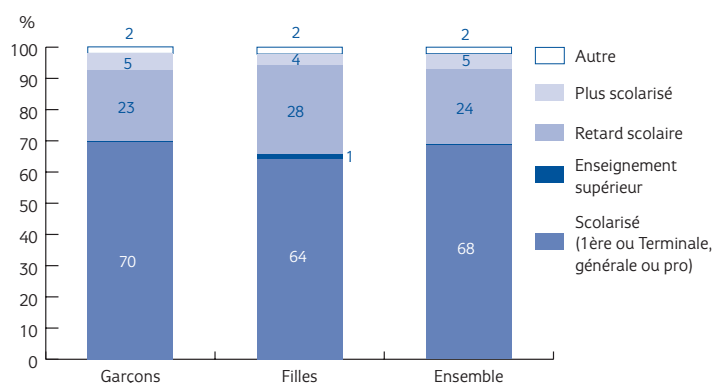
Du point de vue des cursus scolaires, la majorité des élèves sont « à l'heure »¹² à 17-18 ans, plus souvent les garçons (70 %) que les filles (64 %). La part indicative des retards scolaires avoisine 24 % des consultants à 17-18 ans, mais elle est un peu plus élevée chez les filles (28 %).

¹¹ Source ESCAPAD 2003, OFDT.

¹² Les élèves « à l'heure » sont définis dans les statistiques (et les termes) de l'Education nationale comme ceux qui ne sont ni en retard, ni en avance (Repères et références statistiques sur les enseignements, la formation et la recherche, édition 2003, ministère de la Jeunesse, de l'Education et de la Recherche).

Profil sociodémographique des consultants

Figure 6 - État du parcours scolaire des consultants à 17-18 ans, par sexe (n=641)



N.B. : les élèves considérés comme étant en « retard scolaire » à 17 ans sont ceux qui, à la date de l'enquête, étaient scolarisés en 6ème, 5ème, 4ème, 3ème ou en seconde, ou, à 18 ans, en 6ème, 5ème, 4ème, 3ème, seconde, 1ère générale ou 1ère année de bac pro.

Les consultants actifs (occupés ou en recherche d'emploi)

La structure d'activité, parmi les personnes effectivement occupées ou en recherche d'emploi, est d'autant plus favorable aux actifs occupés que les consultants sont âgés (cf. tableau 9). Parmi les actifs reçus en consultation, 63 % sont employés à 17-19 ans, 71 % à 23-25 ans, et 72 % à 26-28 ans.

La proportion d'actifs employés est, à tous les âges, plus importante dans la population masculine : 67 % entre 17 et 22 ans, contre 50 % chez les filles ; 72 % à 23-25 ans, contre 67 % chez les filles ; 73 % à 26-28 ans, contre 69 % chez les filles.

Tableau 9 - Part de chômeurs et de personnes occupant un emploi, parmi les actifs, par sexe (17-28 ans) (797 actifs, sur 2132 consultants de 17 à 28 ans)

	Garçons			Filles			Ensemble		
	Pop. active (effectifs)	Chômeurs (en %)	Actifs employés (en %)	Pop. active (effectifs)	Chômeurs (en %)	Actifs employés (en %)	Pop. active (effectifs)	Chômeurs (en %)	Actifs employés (en %)
17-19	67	33 %	67 %	20	50 %	50 %	87	37 %	63 %
20-22	274	33 %	67 %	37	51 %	49 %	311	35 %	65 %
23-25	242	28 %	72 %	49	33 %	67 %	291	29 %	71 %
26-28	95	27 %	73 %	13	31 %	69 %	108	28 %	72 %

Consultations sollicitées par l'entourage d'un consommateur

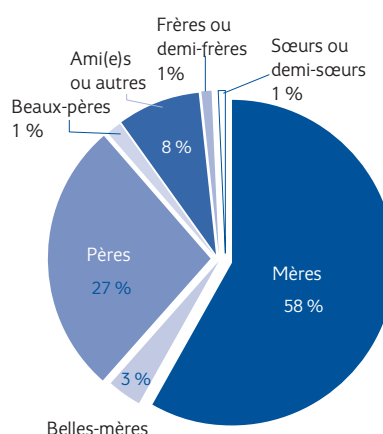
Profil de l'entourage reçu en consultation

La demande de consultation émane, dans un tiers des cas, de l'entourage d'un consommateur : environ 1200 personnes se sont déplacées, un mois donné, pour évoquer en consultation la consommation de cannabis d'un proche.

Dans plus de 8 cas sur 10, il s'agit du père ou de la mère d'un jeune consommateur. Parmi les personnes de l'entourage reçues en consultation, les mères sont deux fois plus nombreuses que les pères de consommateurs (58 %, vs. 27 %) : elles représentent près de 70 % des quelque 1000 parents venus consulter un mois donné.

L'impulsion parentale est d'autant plus nette que le consommateur de cannabis est jeune : parmi les consommateurs âgés de 14 à 16 ans, 40 % sont venus accompagnés d'un ou deux parents, vs. 26 % des consommateurs âgés de 17 à 19 ans, 10 % des consommateurs de 20-22 ans et 8 % des 23-25 ans. Le poids des consultations accompagnées est comparable chez les garçons (21 %) et chez les filles (19 %), entre 14 et 25 ans.

**Figure 7 - Lien de parenté
avec le consommateur des
personnes de l'entourage
reçues en consultation
(n=1 164)**



Profil sociodémographique des consultants

Loin derrière les parents, les « ami(e)s ou autres » (personnes issues de l'entourage scolaire ou éducatif) constituent le second type de clientèle (hors consommateurs) reçu en consultation (8 %). Ces ami(e)s ou autres sont à 70 % de sexe féminin et leur part est plus importante auprès des consommateurs plus âgés (plus de 30 ans).

Environ un tiers des consultations sollicitées par l'entourage d'un consommateur ont eu lieu en l'absence dudit consommateur (31 %) : le plus souvent, un ou deux parents, seuls, se sont adressés à une consultation cannabis pour évoquer la consommation de leur enfant. Les deux tiers restants de consultations sollicitées par l'entourage (69 %) se sont déroulés en présence du jeune usager : environ 10 % des consommateurs âgés de 14 à 19 ans étaient même accompagnés de deux personnes de l'entourage (le plus souvent les parents).

Profil des consommateurs venus accompagnés d'une personne de l'entourage

Ce sont évidemment les consommateurs les plus jeunes qui ont été les plus nombreux à venir accompagnés en consultation (46 % à 14-16 ans, 30 % à 17-19 ans, 12 % à 20-22 ans, 10 % à 23-25 ans).

À partir de 17 ans, les garçons sont un peu plus nombreux que les filles à venir en consultation, accompagnés d'une personne de l'entourage. De ce point de vue, c'est entre 17 et 19 ans que la différence entre les sexes est la plus prononcée (5 points de différence).

Tableau 10 - Part de jeunes consommateurs accompagnés d'au moins une personne de l'entourage, par tranche d'âge et par sexe

Tranche d'âge	Accompagnés d'au moins une personne de l'entourage			Effectifs échantillon	
	Garçons	Filles	Ensemble	Garçons	Filles
14-16 ans	44 %	53 %	46 %	274	89
17-19 ans	31 %	26 %	30 %	738	198
20-22 ans	12 %	12 %	12 %	553	112
23-25 ans	9 %	12 %	10 %	354	81
Total 14-25 ans	23 %	25 %	24 %	1919	480

Enquête sur les personnes accueillies en consultation cannabis en 2005

La part de jeunes consommateurs venus accompagnés de deux personnes de l'entourage diminue avec l'âge (environ 12 % à 14-16 ans, 9 % à 17-19 ans, 4 % à 20-22 ans et 3 % à 23-25 ans). Elle est plus élevée chez les garçons entre 14 et 19 ans (14 % entre 14 et 16 ans, contre 8 % chez les filles, et 9 % entre 17 et 19 ans, contre 6 %), tandis qu'entre 20 et 25 ans, les filles sont relativement plus nombreuses à venir accompagnées de deux personnes (5 %, contre 3 %).

Profils de consommation (cannabis et autres produits psychoactifs)

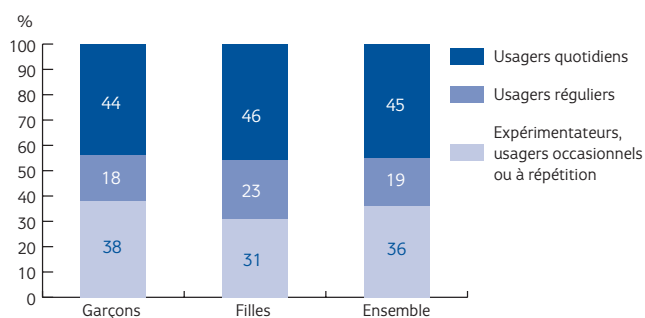
Consommations de cannabis déclarées (hors entourage)

Dans tous les cas, le motif de consultation est la consommation de cannabis : 92 % des consultants accueillis (hors entourage) déclarent à titre principal un usage de cannabis au moins occasionnel ou répété. Les 8 % restants sont, sauf exception, des non-réponses à la question des fréquences de consommation par produit.

Fréquences de consommation de cannabis

Les niveaux de consommation de cannabis déclarés par les consultants sont élevés : 45 % des consommateurs sont des usagers quotidiens ; environ 20 % font état d'une consommation régulière mais pas quotidienne (10 à 29 usages dans le mois passé) et 36 % sont des usagers occasionnels déclarant des fréquences de consommation récente en deçà de 10 prises dans le mois, voire une consommation récente nulle : 10 % des consultants accueillis n'ont pas du tout consommé de cannabis dans le mois précédant la visite en consultation.

Figure 8 - Répartition des consommateurs reçus en consultation par type d'usage et par sexe



Usager quotidien : usage quotidien au cours des trente derniers jours.

Usager régulier : entre 10 et 29 usages au cours des trente derniers jours.

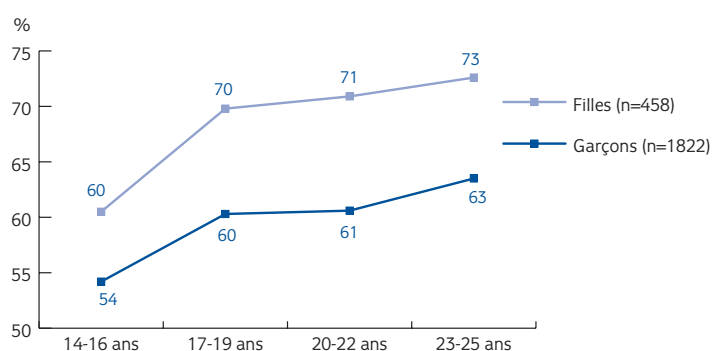
Expérimentateur : au moins un usage au cours de la vie mais aucun dans l'année ; Usager occasionnel : entre 1 et 9 usages au cours des douze derniers mois ; Usager à répétition : au moins 10 usages dans l'année, mais moins de 10 dans le mois.

Profils de consommation (cannabis et autres produits psychoactifs)

La structure globale des usages de cannabis, parmi les consultants, est relativement différenciée par sexe : 69 % des filles rencontrées ont une consommation régulière ou quotidienne de cannabis, contre 62 % des garçons. Les filles sont donc moins nombreuses (31 %) que les garçons (38 %) à s'être déplacées en consultation pour évoquer des usages peu fréquents, occasionnels ou récréatifs (moins de dix occasions de consommation de cannabis dans le mois passé).

La démarche de s'adresser à une consultation cannabis semble plus souvent motivée par un usage régulier de cannabis chez les filles que chez les garçons. Le graphique ci-dessous montre un écart d'environ 10 points entre les proportions d'usages réguliers ou quotidiens de cannabis chez les filles et chez les garçons

Figure 9 - Part d'usagers réguliers ou quotidiens de cannabis par sexe et par tranche d'âge, entre 14 et 25 ans (n=2280)



N.B. : l'échelle a été tronquée à 50 % afin de rendre l'évolution plus lisible. Les résultats sont présentés pour les tranches d'âge où les effectifs de consultants étaient supérieurs à 100 personnes, par sexe.

On peut proposer ici quelques hypothèses pour expliquer ce différentiel. La première (et la principale) tient aux modalités de recours : les filles viennent plus souvent spontanément en consultation, ce qui suppose une démarche préalable d'auto-questionnement à l'égard de l'usage de cannabis, en lien avec des usages plus réguliers (cf. quatrième partie, « structure des modalités de recours »). Une deuxième hypothèse serait à rapporter aux circonstances du recours à la consultation cannabis : les proportions d'usages réguliers relativement plus faibles chez les garçons seraient imputables à une certaine sous-déclaration du niveau d'usage, liée au fait d'être venu accompagné d'un (ou plusieurs) parent(s) ; entre 17 et 19 ans notamment, les garçons sont, plus souvent que les filles, venus avec leur mère. Cette explication ne peut être que complémentaire, l'effet de la présence d'un parent étant

relativement limité. Enfin, une dernière hypothèse (jouant elle aussi à la marge) pourrait être que les filles confrontées à des problèmes d'usage « légers » consulteraient ailleurs que dans les consultations cannabis. Ces différentes pistes explicatives mériteraient d'être testées au travers d'investigations qualitatives spécifiques.

Usages intensifs de cannabis

La fréquence de consommation permet de rendre compte de la diffusion de l'usage de cannabis¹³ et de sa périodicité. Le nombre de joints fumés un jour de consommation permet, quant à lui, d'évaluer l'intensité de la consommation. Il peut y avoir des usages intensifs (densité des consommations un jour donné) sans lien avec la fréquence moyenne des usages sur une plus longue période.

La majorité des consultants reçus, quel que soit l'âge (71 % entre 14 et 16 ans, 60 % entre 17 et 19 ans, etc.), déclarent fumer moins de 5 joints un jour de consommation (cf. tableau 12).

La part des usages intensifs (au moins 5 joints fumés un jour de consommation) croît avec l'âge, au moins pour les catégories d'âge extrêmes (cf. tableau *infra*) : ils représentent 30 % de l'ensemble des usages déclarés entre 14 et 16 ans (en général de 5 à 9 joints pris en un jour de consommation) et 42 % entre 26 et 28 ans. Entre 17 et 19 ans, on relève un seuil marquant de passage vers des intensités importantes : 39 % des consultants de cet âge déclarent fumer au moins 5 joints un jour de consommation¹⁴.

Tableau 11 - Nombre de joints fumés un jour de consommation, par tranche d'âge (n=2 079) (% en ligne)

	1 à 4 joints	Au moins 5 joints	dont : 5 à 9	dont : 10 à 19	dont : 20 ou plus
14-16 ans	71 %	29 %	19 %	9 %	1 %
17-19 ans	60 %	40 %	21 %	15 %	4 %
20-22 ans	63 %	37 %	19 %	14 %	4 %
23-25 ans	62 %	38 %	22 %	13 %	3 %

Lecture : parmi les consultants âgés de 14 à 16 ans, 71 % déclarent fumer 1 à 4 joints un jour de consommation et 29 % au moins 5 (19 % en consomment 5 à 9, 9 % 10 à 19 et 1 % 20 ou plus).

¹³ La diffusion du cannabis est appréhendée à travers la notion d'expérimentation (nombre de personnes qui ont pris une drogue au moins une fois au cours de la vie).

¹⁴ Il faut préciser ici que la part d'usages intensifs peut être légèrement surestimée, car elle a été calculée sur la base des réponses données dans le questionnaire (le taux de non-réponse étant d'environ 30 %). Or on peut penser que les « gros » consommateurs sont sur-représentés dans l'échantillon des répondants : les consultants qui ont répondu à la question du nombre de joints fumés un jour de consommation sont probablement ceux qui ont spontanément fait la démarche de mesurer leur consommation, ce qui est plus souvent le cas quand la consommation est élevée et/ou perçue comme problématique.

Profils de consommation (cannabis et autres produits psychoactifs)

À partir de 17 ans, il faut signaler la proportion élevée de consommateurs déclarant fumer au moins 10 joints en une occasion (entre 16 % et 19 % des consultants d'une tranche d'âge entre 17 et 25 ans). Ceci s'explique par les pratiques de sociabilité à mesure que s'accroît l'indépendance à l'égard des parents, qui tendent à multiplier les sorties collectives et à fumer du cannabis dans des contextes festifs, en particulier le week end¹⁵. Ces usages intensifs les jours de consommation peuvent toutefois s'avérer épisodiques et irréguliers, sans être nécessairement corrélés à un usage fréquent.

L'usage quotidien de cannabis et l'intensité de la consommation apparaissent corrélés (cf. tableau 13), d'autant plus étroitement que les consultants sont jeunes. Dans l'ensemble, 53 % de l'ensemble des usagers quotidiens de cannabis disent fumer au moins 5 joints un jour de consommation, contre « seulement » 27 % des usagers réguliers et 11 % des usagers occasionnels. Cette corrélation est logique : à l'évidence, les chances d'avoir un usage intensif un jour de consommation ne sont pas les mêmes pour tous les fumeurs ; le fumeur quotidien qui dispose du matériel nécessaire, du fait d'une pratique de consommation « routinisée » sera, plus facilement que l'usager occasionnel, enclin à fumer 5 joints et plus dans la même soirée.

Tableau 12 - Part d'usagers déclarant fumer au moins 5 joints un jour de consommation, selon la fréquence d'usage de cannabis¹⁶ (n=2052)

	Usagers occasionnels	Usagers réguliers	Usagers quotidiens
14-16 ans (n=276 / 367)	7 %	22 %	58 %
17-19 ans (n=770 / 947)	17 %	36 %	56 %
20-22 ans (n=551 / 671)	15 %	28 %	55 %
23-25 ans (n=343 / 446)	14 %	29 %	51 %
Tous âges (10-59 ans)	11 %	27 %	53 %

Lecture du tableau. : parmi les consultants âgés de 14 à 16 ans, 276 sont usagers occasionnels, réguliers ou quotidiens de cannabis. Parmi les usagers occasionnels, 7 % déclarent fumer au moins 5 joints un jour de consommation, contre 22 % des usagers réguliers et 58 % des usagers quotidiens.

De fait, le lien entre fréquence et intensité de consommation n'est pas aussi systématique chez les usagers occasionnels (tableau 14) : si l'on déconstruit cette catégorie, on note qu'une part non négligeable des « petits fumeurs »¹⁷ déclare des usages intensifs un jour de consommation (5 joints ou plus) : 24 % chez les usagers de 14 à 25 ans qui n'ont pas fumé dans le dernier mois.

¹⁵ Cf. ESCAPAD 2003.

¹⁶ Le taux de réponse à la question du nombre de joints fumés en une occasion de consommation a été d'autant meilleur que la fréquence d'usage était élevée. Quel que soit l'âge, il avoisine 80 %.

Tableau 13 - Nombre de joints fumés un jour de consommation, en fonction de la fréquence de l'usage, chez les usagers occasionnels de cannabis âgés de 14 à 25 ans (n=633).

	Aucun usage de cannabis dans le mois passé	1 ou 2 usages dans le mois	3 à 9 usages dans le mois
1 à 4 joints	76 %	96 %	84 %
5 et plus	24 %	4 %	16 %
Usagers occasionnels de 14 à 25 ans	100 %	100 %	100 %

Lecture : parmi les usagers occasionnels âgés de 14 à 25 ans qui n'ont déclaré aucun usage de cannabis dans le mois passé, 76 % disent fumer 1 à 4 joints un jour de consommation et 24 % au moins 5 joints.

Expérimentation du cannabis

L'âge de la première prise de cannabis

Mécaniquement, l'âge moyen d'expérimentation du cannabis est d'autant plus élevé que le consultant est âgé. L'âge moyen de la première prise chez les consultants âgés de 25 ans à la date de l'enquête était de 15,9 ans. Il est de 13,4 ans chez les consultants âgés de 15 ans. On sait par ailleurs que l'âge moyen d'expérimentation tend à diminuer, attestant d'un phénomène générationnel de rajeunissement de l'initiation au cannabis¹⁷.

Dans la tranche d'âge la plus fortement représentée parmi les consultants (17-19 ans), l'âge moyen d'une première consommation de cannabis est de 14,7 ans, quel que soit le sexe. La première prise de cannabis intervient sensiblement aux mêmes âges chez les garçons et les filles âgés de 14 à 25 ans venus consulter. En revanche, c'est chez les garçons que l'on trouve les âges d'expérimentation les plus

¹⁷ Au moins un usage dans les trente derniers jours.

¹⁸ L'enquête ESCAPAD menée en 2003 auprès des 17-18 ans montre que l'âge moyen d'entrée dans l'usage de cannabis a peu évolué entre 2001 et 2003 mais la proportion de garçons ayant consommé du cannabis pour la première fois à 13 ans ou avant est passée de 5,0 % à 6,7 % ; pour les filles, c'est la proportion de celles déclarant en avoir consommé pour la première fois à 14 ans ou avant qui a augmenté, passant de 7,3 % à 11,2 % sur la même période.

Profils de consommation (cannabis et autres produits psychoactifs)

bas : 8 ans à 14-16 ans (vs. 9 ans), 7 ans à 17-19 ans (vs. 11 ans), 10 ans à 20-22 ans (vs. 12 ans), 7 ans à 23-25 ans (vs. 9 ans).

Tableau 14 - Âge moyen d'expérimentation du cannabis chez les consultants âgés de 15 à 25 ans (n=2168)

à 15 ans	à 16 ans	à 17 ans	à 18 ans	à 19 ans	à 20 ans	à 21 ans	à 22 ans	à 23 ans	à 24 ans	à 25 ans
13,4	13,9	14,3	14,4	15,1	15,4	15,5	16,2	15,8	16,4	15,9

Globalement, les usagers de cannabis vus en consultation se distinguent par une expérimentation du produit un peu plus précoce que les adolescents interrogés dans Escapad 2003 : en moyenne, à 18 ans, les garçons déclarent avoir expérimenté le cannabis à 14,5 ans (contre 15,2 ans en population générale), les filles à 14,7 ans (vs. 15,3 ans).

Tableau 15 - Âge moyen d'expérimentation du cannabis (en années), par tranche d'âge et par sexe (n=2185 consultants).

	à 14-16 ans	à 17-19 ans	à 20-22 ans	à 23-25 ans
Garçons	13,6	14,7	15,7	16,2
Filles	13,5	14,7	15,6	15,8

Expérimentation du cannabis et usage actuel

La précocité des expérimentations est très liée aux usages actuels de cannabis. Parmi ceux qui sont devenus consommateurs, plus le cannabis a été expérimenté jeune, plus la fréquence d'usage actuelle est régulière (cf. graphique ci-après).

Ainsi, plus l'expérimentation de cannabis est précoce, plus le type d'usage diagnostiqué se rapproche de l'abus ou de la dépendance¹⁹. À 17-18 ans par exemple, l'âge moyen d'une première consommation de cannabis est de 14,7 ans parmi les

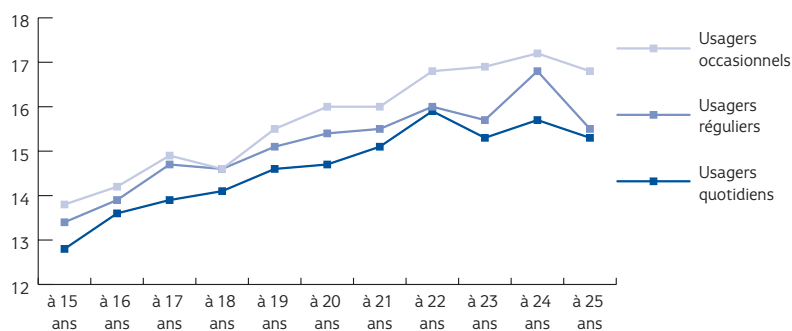
¹⁹ Les catégories diagnostiques pour qualifier l'usage étaient induites par le questionnaire qui proposait 4 possibilités : usage – usage à risque – abus / usage nocif et dépendance (cf. cinquième partie, encadré « critères diagnostiques de l'usage problématique »).

consultants déclarant une consommation « à risque », de 14,4 ans chez les consommateurs faisant état d'un usage « nocif » : il s'abaisse à 13,9 ans chez les usagers dépendants.

Cette corrélation est logique : l'âge de début de consommation est un indicateur de longévité de la « carrière » d'usage, elle-même facteur de dépendance. En effet, plus l'exposition au cannabis a été longue, plus la dépendance a eu des chances de s'installer. Par définition, ce risque d'évoluer vers la dépendance ne concerne pas les usagers qui sont sortis de la consommation malgré une expérimentation précoce (qui ne sont pas représentés ici).

Ainsi, parmi les usagers quotidiens à 18 ans, 36 % ont essayé le cannabis avant 14 ans (vs. 10 % parmi les usagers occasionnels, c'est-à-dire ni réguliers ni quotidiens).

Figure 10 - Âge moyen d'expérimentation du cannabis selon l'âge des consommateurs à la date de consultation et la fréquence d'usage actuelle



N.B. : l'échelle a été tronquée à 12 ans (âge moyen d'expérimentation minimal) afin de rendre l'évolution plus lisible.

Usages déclarés d'autres produits psychoactifs

Les questions relatives aux usages déclarés de substances et à leur fréquence étaient explicitées pour seulement quatre produits (cannabis, tabac, alcool, ecstasy). La rubrique « autres » permettait d'apporter un complément d'information sur

Profils de consommation (cannabis et autres produits psychoactifs)

d'autres substances associées mais seul un petit nombre de consultations a rempli ce champ. Il est donc difficile d'évaluer de façon fiable l'ampleur des consommations associées de produits illicites (ou détournés de leur usage) autres que l'ecstasy.

Consommations de tabac

De façon tout à fait attendue et logique, le tabagisme est très fréquent parmi les consommateurs de cannabis venus en consultation : 88 % d'entre eux déclarent un usage quotidien de tabac (au moins une cigarette par jour).

La consommation de tabac est d'autant plus courante que l'usage de cannabis est fréquent : 90 % des usagers réguliers et 92 % des usagers quotidiens de cannabis sont également des fumeurs quotidiens de tabac (vs. 83 % des usagers occasionnels). Quand le tabac est exclusivement consommé avec du cannabis (dans le joint), le tabagisme n'est pas déclaré en tant que tel, ce qui explique que 10 % des usagers réguliers et 8 % des usagers quotidiens de cannabis déclarent ne pas fumer de tabac.

Tableau 16 - Nombre de cigarettes fumées par jour au cours des 30 derniers jours, selon la fréquence d'usage du cannabis (% en colonne)

	Usagers occasionnels de cannabis	Usagers réguliers de cannabis	Usagers quotidiens de cannabis
Aucune	14 %	7 %	5 %
Moins d'une par jour	4 %	3 %	3 %
1 à 5	20 %	21 %	14 %
6 à 10	29 %	28 %	28 %
11 à 20	26 %	33 %	38 %
Plus de 20	8 %	8 %	12 %
	100 %	100 %	100 %
Dont :			
Usage quotidien de tabac	83 %	90 %	92 %

Parallèlement, la quasi-totalité des usagers faisant l'objet d'un diagnostic de dépendance cannabique sont des fumeurs quotidiens de cigarettes : 93 %, vs. 92 % chez les sujets d'un usage diagnostiqué nocif, 90 % chez les usagers jugés « à risque » et 73 % chez les usagers dont la consommation n'a été jugée ni nocive, ni même « à risque ».

Le tabagisme quotidien est un comportement aussi répandu parmi les filles que chez les garçons venus consulter. Les filles sont légèrement plus nombreuses, à fréquence d'usage de cannabis égale, à être fumeuses quotidiennes de tabac.

Tableau 17 - Usage quotidien de tabac dans les 30 derniers jours, par fréquence d'usage du cannabis et par sexe (n=1882 garçons et 466 filles)

	Usagers occasionnels de cannabis	Usagers réguliers de cannabis	Usagers quotidiens de cannabis
Garçons	83 %	90 %	92 %
Filles	82 %	93 %	94 %

Lorsqu'ils fument quotidiennement, garçons et filles déclarent des quantités de tabac similaires : les filles semblent toutefois sensiblement plus nombreuses que les garçons à être de « grosses fumeuses » de tabac (plus de 10 cigarettes par jour) tout en déclarant un usage occasionnel de cannabis. À l'inverse, les garçons sont plus nombreux que les filles à associer à un usage régulier de cannabis une consommation de tabac de plus de 10 cigarettes par jour.

Tableau 18 – Nombre de cigarettes fumées au cours des 30 derniers jours parmi les fumeurs quotidiens, par sexe et par fréquence d'usage du cannabis (% en colonne)

	Garçons			Filles		
	Usagers occasionnels	Usagers réguliers	Usagers quotidiens	Usagers occasionnels	Usagers réguliers	Usagers quotidiens
1 à 5	24 %	23 %	14 %	26 %	25 %	18 %
6 à 10	38 %	29 %	32 %	25 %	36 %	27 %
11 à 20	30 %	38 %	41 %	39 %	33 %	43 %
Plus de 20	8 %	10 %	13 %	9 %	6 %	13 %
	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

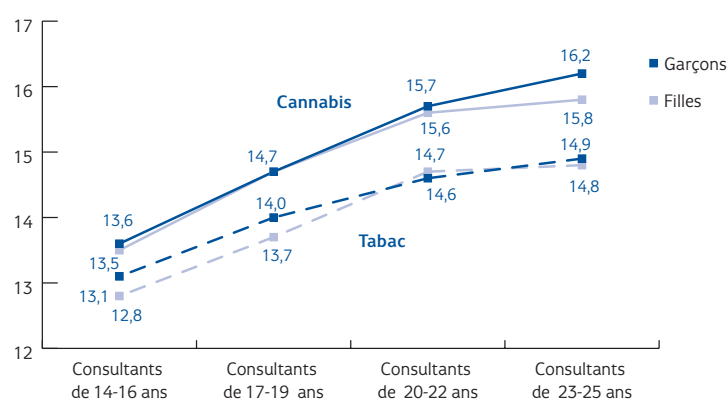
En faisant une lecture verticale de la figure 11, on observe que l'expérimentation du tabac est globalement plus précoce chez les filles et précède d'une année en moyenne l'expérimentation du cannabis. Chez les garçons, le temps qui s'écoule

Profils de consommation (cannabis et autres produits psychoactifs)

entre l'expérimentation de tabac et de cannabis est plus court : il est de moins d'une année entre 14 et 19 ans.

D'une façon générale, plus la première cigarette est fumée jeune, plus le temps qui s'écoule avant la première prise de cannabis est court.

Figure 11 - Ages d'expérimentation moyens du cannabis et du tabac, par sexe



À 17-19 ans, un quart des usagers quotidiens de cannabis ont expérimenté le tabac avant 13 ans (vs. 13 % des usagers réguliers et 14 % des usagers occasionnels) et la moitié ont fumé leur première cigarette entre 13 et 14 ans. La précocité de l'expérimentation de tabac semble donc statistiquement liée à la fréquence de consommation actuelle de cannabis pour ceux qui en sont devenus consommateurs et le sont restés²⁰.

Consommations d'alcool

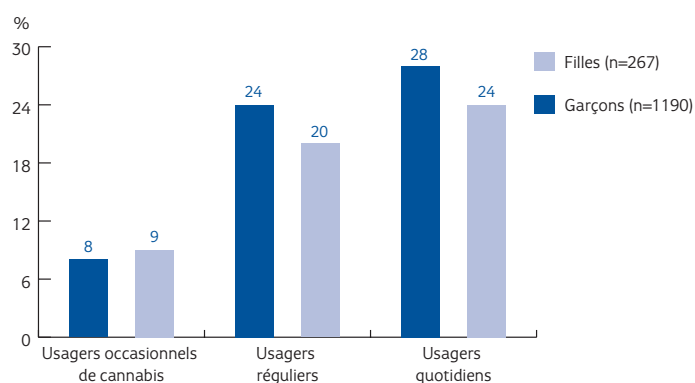
L'usage régulier d'alcool (10 épisodes de consommation au moins dans le mois passé) est le fait de près de 20 % des consommateurs de cannabis venus en consultation. Il est un peu plus fréquent chez les garçons (20 % chez les garçons, 18 % chez les filles).

²⁰ Précisons toutefois que cette enquête n'est ni une étude de cohorte qui aurait suivi tous les jeunes expérimentateurs de tabac, ni une étude de cas-témoins qui comparerait des expérimentateurs de tabac actuellement fumeurs ou non-fumeurs de cannabis. Les corrélations présentées ici sont donc indicatives et ne font que décrire plus précisément la population accueillie en consultation cannabis.

Enquête sur les personnes accueillies en consultation cannabis en 2005

Plus l'usage de cannabis est régulier, plus les garçons tendent à se démarquer des filles, du point de vue de l'usage régulier d'alcool : parmi les usagers réguliers ou quotidiens de cannabis, les garçons sont, plus fréquemment que les filles, des buveurs réguliers (4 points d'écart, contre un point seulement parmi les usagers occasionnels de cannabis).

Figure 12 - Usage régulier d'alcool (au moins 10 épisodes de consommation dans les trente derniers jours) par fréquence d'usage du cannabis parmi les consultants



Chez les buveurs récents²¹, l'usage d'alcool apparaît corrélé à l'usage de cannabis : 27 % des usagers quotidiens de cannabis sont des buveurs réguliers, contre 23 % des usagers réguliers et 8 % des usagers occasionnels.

Tableau 19 - Fréquence des usages d'alcool au cours des 30 derniers jours, selon la fréquence d'usage du cannabis (% en colonne)

	Usagers occasionnels de cannabis	Usagers réguliers de cannabis	Usagers quotidiens de cannabis
Aucun usage dans le mois	25 %	16 %	21 %
1 à 9 usages dans le mois	66 %	61 %	51 %
10 à 29 usages dans le mois	5 %	18 %	14 %
Usage quotidien	3 %	5 %	14 %
Usage régulier (10 et +)	8 %	23 %	27 %

²¹ Au moins un usage d'alcool dans les trente derniers jours.

Profils de consommation (cannabis et autres produits psychoactifs)

En outre, 14 % des usagers quotidiens de cannabis sont aussi des buveurs quotidiens d'alcool (14 % chez les garçons, 13 % chez les filles).

Consommations d'ecstasy

L'expérimentation d'ecstasy semble répandue parmi les consommateurs venus en consultation : un consommateur sur quatre âgé de 17-18 ans a expérimenté l'ecstasy (25 %, vs. 4 % en population générale).

Parmi les consultants âgés de 17-18 ans, 6 % ont consommé de l'ecstasy dans les 30 derniers jours, contre 2 % en population générale.

Tableau 20 - Usages d'ecstasy parmi les consommateurs âgés de 17-18 ans reçus en consultation cannabis / en population générale

	Au cours de la vie		Dans les 30 derniers jours	
	Reçus en consultation	En population générale	Reçus en consultation	En population générale
Filles (n=140)	29 %	3 %	9 %	1 %
Garçons (n=501)	24 %	5 %	6 %	2 %
Ensemble (n=641)	25 %	4 %	6 %	2 %

Source : ESCAPAD 2003

Toutefois, ce taux d'expérimentation n'est que faiblement supérieur à celui relevé parmi les usagers réguliers de cannabis de la population générale : 21 % des usagers réguliers de 17-18 ans interrogés dans Escapad 2003 déclarent avoir déjà pris de l'ecstasy au cours de leur vie. Cette proximité de profils se retrouve pour l'usage d'ecstasy des 30 derniers jours (9 % des filles reçues en consultation cannabis, vs. 9 % des fumeuses régulières dans Escapad, et 7 % des garçons reçus vs. 12 % des fumeurs réguliers). Le public accueilli ne diffère donc pas de la population générale du même âge pour les usages d'ecstasy.

Consommations d'autres substances illicites

Une catégorie « autres drogues » était proposée dans le questionnaire. Compte tenu du très faible taux de réponse, l'exploitation des résultats obtenus est trop peu fiable pour être présentée ici. La prochaine édition du questionnaire détaillera plusieurs catégories de produits, de façon à recueillir des informations complémentaires sur les consommations illicites associées, chez les personnes venues en consultation pour un problème lié à l'usage de cannabis.

Modalités de recours aux « consultations cannabis »

Modalités de recours à la consultation chez les consommateurs

Structure des modalités de recours

Environ 60 % des consommateurs viennent spontanément ou adressés par un tiers de l'entourage (familial, éducatif ou médical : parent, assistante sociale, médecin scolaire, etc), à parts sensiblement égales. Pour les autres, le recours à la consultation est le fait d'une décision de justice (pour 38 % des consultants).

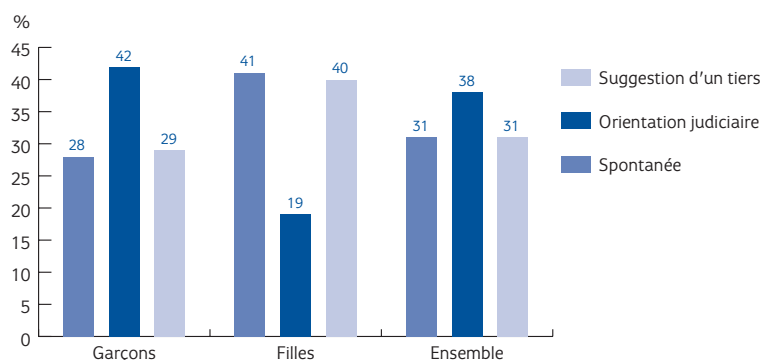
Les consultants adressés par la justice sont des usagers qui ont été orientés par le Parquet vers une consultation de diagnostic après une interpellation pour infraction à la législation sur les stupéfiants. Le Parquet décide de ne pas engager de poursuites pénales ou de les suspendre en prescrivant une mesure alternative aux poursuites : il peut s'agir d'une mesure éducative pour mineurs, d'un classement sans suite avec orientation sanitaire, d'un classement sous condition d'orientation sanitaire ou d'une injonction thérapeutique. Il peut également s'agir d'une incitation aux soins avant l'audience en cas de poursuites engagées à l'encontre du contrevenant. Le type d'orientation judiciaire dont les consultants ont fait l'objet n'est pas connu.

Les modalités de recours à la consultation sont différemment structurées selon le sexe (cf. figure 13) : chez les garçons, 42 % des recours sont de nature judiciaire, contre 29 % de consultations sollicitées sur suggestion d'un tiers (environnement éducatif ou familial) et 28 % de démarches spontanées. Chez les filles, les demandes spontanées arrivent en tête (41 %), devant les consultations sur suggestion d'un tiers (40 %) et les orientations judiciaires (19 %). Ce constat est à rapprocher de celui qui est fait par l'INSEE d'un recours au système de soins plus fréquent chez les femmes et plus souvent motivé par une démarche de prévention, alors que les hommes consultent majoritairement pour des douleurs²².

²² Source : Christel Aliaga, « Les femmes plus attentives à leur santé que les hommes », INSEE Première, n° 869, Paris, octobre 2002. Cette enquête intitulée « Comportements vis-à-vis de la santé » a constitué la partie dite « variable » de mai 2001 du dispositif de l'enquête permanente sur les conditions de vie des ménages (EPCV). Ses résultats reposent sur un échantillon de 5 200 individus âgés de 15 ans ou plus au moment de l'enquête.

Modalités de recours aux « consultations cannabis »

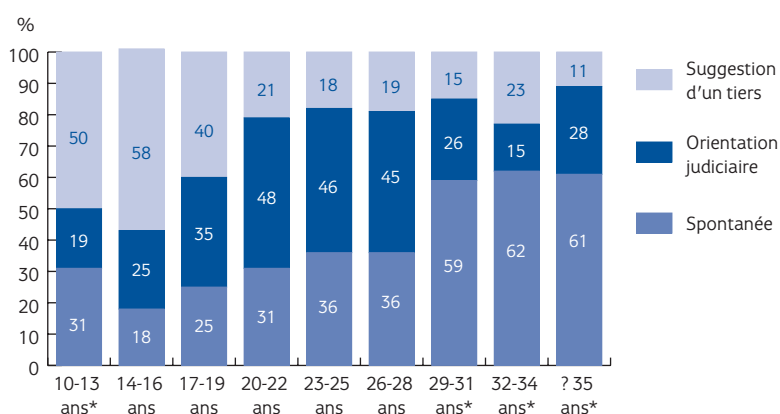
Figure 13 - Modalités de recours à la consultation parmi les consommateurs venus en consultation, par sexe (n=2854)



Les modalités de recours aux consultations sont également bien différenciées par tranches d'âge :

- Avant 20 ans, la consultation est, dans près de 50 % des cas, sollicitée par le consommateur sur suggestion d'un tiers ;
- Entre 20 ans et 28 ans, la demande du consommateur est le plus fréquemment induite par une décision de justice (46 %), en particulier chez les garçons ;
- À partir de 29 ans, ce sont les demandes spontanées qui deviennent prépondérantes (plus de 60 % des motifs de recours).

Figure 14 - Modalités de recours à la consultation par tranche d'âge (n=2722)



* pourcentages calculés sur des effectifs inférieurs à 100 personnes.

Enquête sur les personnes accueillies en consultation cannabis en 2005

Les filles sont moins souvent orientées par la justice relativement aux autres motifs de recours. Le fait qu'elles soient moins nombreuses à s'adresser aux « consultations cannabis » (19 % des consommateurs venus en consultation) peut renvoyer aussi bien à un différentiel entre filles et garçons dans les flux d'interpellation qu'à la structure des décisions de justice prises à leur égard. Cette sous-représentation peut également signifier que les filles sont moins nombreuses, en population générale, à développer des usages problématiques motivant le recours à une consultation cannabis, comme semblent le suggérer les enquêtes, s'agissant non seulement des différences de prévalences mais aussi des différences de consommations moyennes. Cette observation est le résultat d'une série de filtres que les données de l'enquête ne permettent pas d'estimer.

Si on additionne la part d'usages réguliers et quotidiens de cannabis, il n'y a pas de différence selon le sexe, pour chaque motif de consultation.

Tableau 21 - Fréquence de consommation de cannabis selon l'origine du recours à la consultation, par sexe (% en ligne)

	Usagers occasionnels	Usagers réguliers	Usagers quotidiens
Spontanée			
Garçons (n=607)	21 %	14 %	64 %
Filles (n=219)	25 %	18 %	57 %
Adressé par justice			
Garçons (n=940)	54 %	18 %	28 %
Filles (n=104)	48 %	21 %	31 %
Suggestion d'un tiers			
Garçons (n=633)	30 %	22 %	48 %
Filles (n=210)	30 %	30 %	40 %

54 Modalités de recours et diagnostic d'usage

Les trois quarts des personnes qui ont spontanément sollicité une consultation font état d'un usage jugé « problématique » (usage nocif ou dépendance avérée). Les usagers diagnostiqués « dépendants » représentent la moitié des recours spontanés à une consultation.

À l'inverse, c'est parmi les consultants adressés par la justice (38 %) que la part des profils d'usage relevant d'une consommation abusive ou d'une dépendance au

Modalités de recours aux « consultations cannabis »

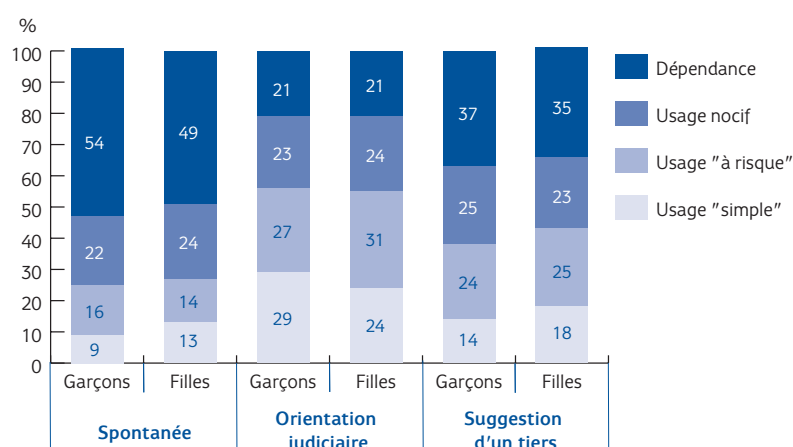
cannabis est la plus faible (44 %). Dans cette population, les consommations relevées sont le plus souvent occasionnelles ou signalées comme étant « à risque » (56 %).

Enfin, les consommateurs orientés vers une consultation cannabis par un tiers (31 %) se répartissent entre usagers réguliers et quotidiens (environ 60 %) et ceux qui sont diagnostiqués usagers occasionnels (40 %). Ce public de consommateurs est globalement plus jeune que les deux sous-populations précédentes.

Il faut interpréter ces observations avec précaution, pour deux raisons essentielles :

- Tout d'abord, ces hypothèses sont élaborées en référence au type d'usage diagnostiqué, susceptible de produire des biais. En effet, le diagnostic est fortement tributaire du type de test de repérage utilisé – et l'on sait que toutes les consultations n'en utilisent pas, ou pas les mêmes, ou différemment – et des critères mis en œuvre pour « construire » la présomption d'usage nocif ou de dépendance. Autrement dit, l'indicateur du « type d'usage » renseigne sur le type de consommation repéré chez le consultant mais aussi sur les pratiques professionnelles elles-mêmes (cf. chapitre sur les pratiques professionnelles).
- En outre, l'évaluation médicale se fonde sur des tests qui font une bonne part à l'auto-déclaration du consultant. Il est donc cohérent de retrouver ici l'effet probable d'auto-évaluations plus négatives pour les consultants venus par eux-mêmes ou via un tiers que pour ceux qui viennent par décision de justice.

Figure 15 - Part d'usagers faisant l'objet d'un diagnostic de consommation « simple », « à risque », « nocive » ou d'un diagnostic de dépendance, selon le motif de recours à la consultation (n=2457)



Ainsi, les usagers de cannabis tendent à consulter spontanément surtout lorsqu'ils ressentent des problèmes « graves ». Il existe donc un effet de structure repérable entre la gravité du diagnostic et le type de consommation, et l'origine du recours à la consultation. La gravité des problèmes ressentis reflète la fréquence d'usage (cf. *infra*) et parallèlement, les usages les plus « graves » sont plus répandus parmi les consultants venus spontanément que parmi ceux venus sur suggestion de l'entourage ou du fait d'une orientation judiciaire.

Par ailleurs, la sur-représentation des garçons parmi les orientations judiciaires peut s'expliquer par le fait qu'ils sont plus nombreux que les filles à faire l'objet d'une interpellation pour usage de stupéfiants²³. Avant même d'être présentés au parquet, les usagers de cannabis sont donc interpellés de façon sélective selon le sexe, même si on tient compte de l'usage plus répandu chez les garçons. Ce différentiel peut tenir aux circonstances d'usage chez les garçons et les filles (moins d'usages publics et « en bande » chez les filles, qui seraient donc moins passibles d'interpellation²⁴), tout autant qu'aux représentations sociales des personnels de police et de gendarmerie qui percevraient plus volontiers le « potentiel de délinquance » lié à l'usage de cannabis chez les hommes que chez les femmes.

Spécificités régionales

Au plan national, un tiers environ des consommateurs se sont spontanément adressés à une consultation de diagnostic (31 %), un peu plus souvent chez les filles que chez les garçons, et en particulier parmi les consommateurs plus âgés.

Dans trois régions (Ile-de-France, Languedoc-Roussillon, Pays de la Loire), les recours spontanés ont été notablement plus élevés que la moyenne nationale. Si dans le Languedoc-Roussillon, une bonne partie de l'explication tient à la prédominance des filles dans le public venu en consultation (37 %, soit 18 points de plus que la moyenne nationale) et à la part mineure des orientations judiciaires (moins de 10 % des consultants), dans les Pays-de-la-Loire, elle tient davantage à la prépondérance des consultants plus âgés (11 % ont 29 ans ou plus, contre 8 % dans l'échantillon national). En Ile-de-France enfin, c'est la combinaison de ces deux facteurs (un public féminisé et une fraction relativement importante de consultants

²³ Selon les données de l'OCRTIS, les services de police, de gendarmerie et des douanes ont interpellé, en 2004, 85425 personnes âgées de 16 à 35 ans pour usage de stupéfiants, dont 94 % de garçons et 6 % de filles. Plus d'un tiers d'entre eux ont entre 21 et 25 ans (31436 personnes).

²⁴ La différenciation des pratiques d'usage chez les garçons et chez les filles a été bien documentée dans les éditions successives de l'enquête *Escapad* (chapitre sur le contexte d'usage). A titre anecdotique, on peut souligner ici une pratique de consommation « en bande » et en public émergente chez les filles, qui consiste à fréquenter les cafés-chicha proposant notamment du cannabis à fumer avec un narguilé (*Libération*, 10 mars 2006).

Modalités de recours aux « consultations cannabis »

plus âgés) qui produit un effet de gonflement des demandes spontanées (23 % de filles, soit 4 points de plus que la moyenne nationale, et 17 % de consultants âgés de 29 ans ou plus).

La part des recours en consultation sur suggestion d'un tiers de l'entourage culmine (à plus de 45 % des motifs de recours) dans quatre régions : le Languedoc-Roussillon (45 %), la région Rhône-Alpes (46 %), les départements d'outre-mer (50 %) et l'Alsace (63 %). Ceci s'explique par la part importante d'un public de jeunes consultants dans ces régions (50 % de moins de 20 ans en Rhône-Alpes), sauf en Alsace, où les consultants sont justement relativement plus âgés qu'ailleurs (un quart du public a plus de 28 ans).

Si la part moyenne d'orientations judiciaires, au plan national, avoisine les 40 %, dans 12 régions néanmoins, elle dépasse ce niveau moyen. Elle atteint plus de 60 % des motifs de recours en Auvergne (63 %), en Lorraine (64 %) et en Picardie (68 %). La totalité des consommateurs reçus en Corse a été orientée par la justice (soit 7 personnes, reçues dans l'unique lieu de consultation de l'île qui ait répondu à l'enquête). Cette sur-représentation du public adressé par la justice est soulignée par la co-occurrence d'autres caractéristiques :

- l'importance dans ces trois régions des consultants de la tranche d'âge « critique » des 20-28 ans, qui fournit les contingents les plus élevés d'usagers de cannabis sous main de justice ;
- la part importante de garçons parmi les consultants, plus sujets aux orientations judiciaires (entre 81 % et 84 % des consultants) ;
- la part très faible des démarches spontanées (16 % en Auvergne, 19 % en Lorraine, 17 % en Picardie), la moyenne nationale avoisinant 31 % des recours.

Ainsi, certaines consultations cannabis semblent avoir développé une véritable « spécialisation » dans l'accueil d'un public sous main de justice. En effet, 15 consultations de l'échantillon ont reçu, pour plus de 70 % de leurs consultants, des consommateurs orientés par la justice (un mois donné) : 4 sont situées en Lorraine (Thionville, Metz, Forbach, Bar-le-Duc), 2 en Bourgogne (Mâcon, Châlon-sur-Saône), 2 en région PACA (Gap, Grasse), 2 en Auvergne (Clermont-Ferrand, Moulins). Les 5 restantes se répartissent (par ordre d'importance des files actives de justiciables) entre la région Midi-Pyrénées (Albi), l'Aquitaine (Mont-de-Marsan), la région Rhône-Alpes (Saint Etienne), la Picardie (Amiens) et le Poitou-Charentes (Rochefort). Ce sont, en général, des consultations d'activité moyenne à forte, c'est-à-dire qui reçoivent au moins 15 consommateurs par mois.

À l'inverse, les pourcentages d'usagers adressés par la justice semblent particulièrement faibles dans le Languedoc-Roussillon (9 %), en Haute-Normandie (14 %) et en Ile-de-France (19 %).

Tableau 22 - Structure régionale des modalités de recours aux consultations de diagnostic (% en ligne)

	Nombre de consom- mateurs reçus un mois donné	Démarche spontanée	Orientation judiciaire	Suggestion d'un tiers
Alsace*	48	23 %	15 %	63 %
Aquitaine	150	30 %	41 %	29 %
Auvergne*	122	16 %	63 %	20 %
Basse-Normandie	66	29 %	33 %	38 %
Bourgogne	109	30 %	39 %	31 %
Bretagne	238	32 %	45 %	24 %
Centre	108	28 %	44 %	28 %
Champagne-Ardennes*	42	29 %	43 %	29 %
Corse	7	0 %	100 %	0 %
DOM	24	21 %	29 %	50 %
Franche-Comté*	87	32 %	34 %	33 %
Haute-Normandie*	80	31 %	14 %	55 %
Ile-de-France	418	42 %	19 %	39 %
Languedoc-Roussillon*	94	47 %	9 %	45 %
Limousin	44	20 %	52 %	27 %
Lorraine	154	19 %	64 %	17 %
Midi-Pyrénées	124	32 %	40 %	27 %
Nord-Pas-de-Calais	215	29 %	44 %	27 %
Pays de la Loire	174	47 %	26 %	26 %
Picardie*	115	17 %	68 %	16 %
Poitou-Charentes	109	25 %	42 %	33 %
Provence-Alpes- Côte-d'Azur	167	31 %	43 %	26 %
Rhône-Alpes	200	26 %	29 %	46 %
TOUTES RÉGIONS	2895	31 %	38 %	31 %

N.B. : les pourcentages calculés sur des effectifs inférieurs à 100 personnes sont signalés en italique. Les régions placées entre astérisques sont celles dont la totalité des consultations d'évaluation a répondu à l'enquête (100 % de taux de retour).

Focus : les consommateurs adressés par la justice

En appliquant une méthode d'analyse multivariée par régression logistique, on peut analyser les spécificités du public adressé par la justice, en contrôlant l'effet

Modalités de recours aux « consultations cannabis »

Tableau 23 - Modélisation logistique du profil des consultants adressés par la justice (odds ratios ajustés et seuils de significativité)

	O.R.
Âge :	
10-18 ans	- 1 -
19-22 ans	2,025***
23-25 ans	2,147***
26 ans et plus	1,119
Sexe :	
Homme	2,423***
Femme	- 1 -
Situation scolaire et professionnelle :	
Déscolarisé et sans emploi	- 1 -
Scolarisé	0,495***
Employé	1,156
Diagnostic d'usage posé lors de la 1ère consultation :	
Consommation modérée	- 1 -
Consommation à risque	0,788
Consommation nocive	0,662*
Dépendance	0,244***
Type de professionnel rencontré lors de la 1ère consultation :	
Vu par éducateur	- 1 -
Vu par infirmier	1,020
Vu par médecin	0,164***
Vu par psychologue	0,984
Vu par autre	1,592
Suite donnée à la 1ère consultation :	
Fin de l'évaluation	- 1 -
Poursuite de l'évaluation	0,176***
Orientation autre centre	0,242***

*, **, *** : odds ratio significativement différent de 1 selon le test du Chi-2 de Wald respectivement aux seuils de 0.05, 0.01 et 0.001 et non significatif. Les relations significatives sont indiquées en caractères gras. L'O.R. égal à 1 est celui de la modalité prise comme base de comparaison.

Lecture : toutes choses égales par ailleurs (c'est-à-dire en contrôlant l'effet des autres variables du modèle : sexe, situation scolaire et professionnelle, diagnostic d'usage, type de professionnel rencontré, suite donnée), les consultants adressés par la justice ont 2,025 fois plus de chances d'être âgés de 19 à 22 ans que de 10 à 18 ans (valeur de référence égale à 1).

de toutes les variables exogènes. On peut ainsi déterminer, toutes choses égales par ailleurs, les caractéristiques dominantes des consommateurs adressés par les autorités judiciaires.

On vérifie ainsi que ce public de justiciables comprend 2 fois plus de garçons que de filles. Les consommateurs adressés par la justice ont deux fois plus de chances d'être de jeunes adultes (de 19 à 25 ans) que des mineurs. À profil égal, ils sont deux fois plus souvent déscolarisés ou sans emploi que scolarisés.

En outre, leur consommation de cannabis a plus de chances d'être modérée que problématique : les consultants adressés par la justice font 4 fois plus souvent état d'une consommation modérée de cannabis que d'une consommation relevant de la dépendance. On observe une relation inverse entre l'orientation judiciaire et la « gravité » du diagnostic d'usage : leur profil d'usage est globalement moins problématique que celui des consultants venus spontanément ou sur suggestion d'un tiers.

Enfin, ces consommateurs ont 6 fois plus de chances d'être vus par un éducateur que par un professionnel médical (infirmier, médecin ou psychologue) lors de la première visite. À consommation égale, ils sont relativement moins suivis en consultation cannabis : l'évaluation est plus souvent interrompue qu'elle n'est poursuivie ou relayée par une autre structure plus adéquate.

Motifs de recours à la consultation parmi les personnes de l'entourage

Le premier motif de consultation parmi les personnes de l'entourage est une demande de conseil sur la conduite à tenir (38 %). Les demandes de prise en charge du jeune représentent un tiers des motifs de recours à une consultation, devant les demandes de soutien (29 %) et les demandes d'information, notamment sur les effets de la consommation de cannabis (26 %). A noter que les demandes de prise en charge du jeune ont été formulées, la plupart du temps, en présence même du jeune consommateur (dans 85 % des cas, soit 232 sur 275), et ont été suivies, pour ledit consommateur, d'une ou plusieurs consultations d'évaluation individuelles. Autrement dit, quand la demande de l'entourage était celle d'une prise en charge d'un jeune usager, l'entourage a pu mettre en relation le consommateur avec la consultation spécialisée, l'engageant ainsi à évaluer, avec l'aide d'un professionnel, sa consommation de cannabis.

Tableau 24 - Nature de la demande de l'entourage d'un consommateur
Sur 908 réponses données par une personne de l'entourage (16 non-réponses)

Demande d'information	238	26 %
Conseil sur la conduite à tenir	345	38 %
Demande de prise en charge du jeune	275	30 %
Demande de soutien	261	29 %
Autre type de demande	57	6 %

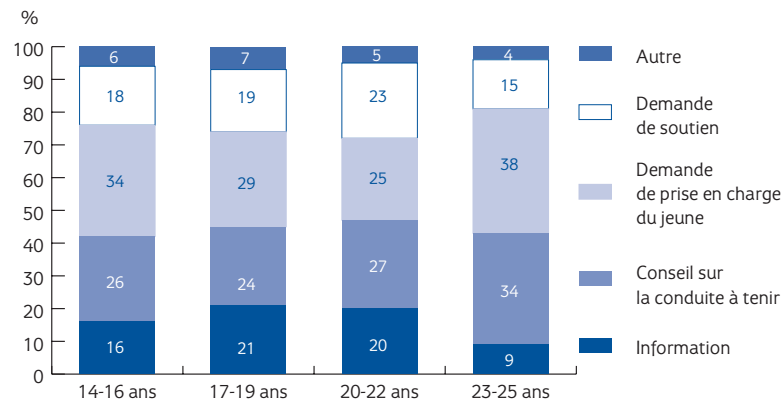
La somme des pourcentages en colonne dépasse 100 % car les personnes de l'entourage ont donné plusieurs réponses.

Modalités de recours aux « consultations cannabis »

Ces résultats varient en fonction de l'âge des consultants : ainsi curieusement, les demandes de prise en charge sont les plus fortes pour les 14-16 ans mais aussi pour les 23-25 ans.

La structure des demandes de l'entourage est comparable, qu'il s'agisse de garçons ou de filles.

Figure 16 - Nature de la demande de l'entourage lors des consultations accompagnées concernant des consommateurs âgés de 14 à 25 ans (n=699)

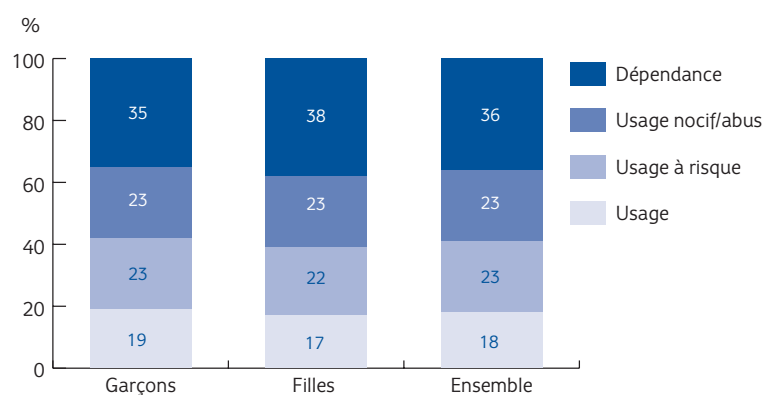


Facteurs associés au diagnostic d'usage

Structure des diagnostics d'usage

Les consommateurs se répartissent entre 18 % d'utilisateurs jugés « simples », 23 % d'utilisateurs diagnostiqués « à risque », 23 % d'utilisateurs diagnostiqués en situation d'usage nocif ou d'abus et 36 % d'utilisateurs déclarés « dépendants ». Ces proportions sont similaires chez les garçons et les filles accueillis en consultation cannabis.

Figure 17 - Structure des diagnostics d'usage, par sexe (n=2478)



On note que la structure des diagnostics ne correspond pas rigoureusement à la structure des fréquences d'usage de cannabis, qui donne 45 % d'utilisateurs quotidiens, 19 % d'utilisateurs réguliers et 37 % d'utilisateurs occasionnels. Le rapprochement de ces deux séries de chiffres suggère que tous les utilisateurs quotidiens ne sont pas dia-

gnostiqués dépendants et qu'à l'inverse, les usagers occasionnels peuvent relever d'un diagnostic autre que l'usage « simple ». C'est donc toute la question des critères diagnostiques qui est posée ici, et qui sera développée dans cette partie.

Critères diagnostiques des consommations problématiques

Les critères diagnostiques de l'usage nocif et de l'abus de substances psychoactives ont été définis dans la 10^{ème} classification internationale des maladies de l'OMS (CIM-10) et le manuel de classification des troubles mentaux de l'Association Américaine de Psychiatrie (DSM-IV). L'usage « simple » et l'usage à risque sont définis par référence aux comportements de consommation qui ne relèvent ni de l'abus ni de la dépendance.

■ L'usage « simple » désigne le fait de consommer une substance psychoactive sans pour autant relever des critères de l'usage à risque, de l'usage nocif, ou de la dépendance.

■ La notion d'usage à risque s'applique à un patient dont la consommation n'entraîne pas de dommages immédiats mais des dommages potentiels, soit en raison des circonstances de la consommation (conduite), soit en raison des modalités de la consommation (précocité, cumul de consommations, usage solitaire), soit en raison d'un niveau supérieur à certains seuils admis (besoin de consommer quotidiennement).

■ L'abus (DSM-IV) ou l'usage nocif (CIM-10) d'un produit est défini comme une consommation répétée qui entraîne la survenue de dommages psychoaffectifs, sociaux ou somatiques sans atteindre les critères de la dépendance. Cet état s'accompagne le plus souvent de plaintes émises par l'entourage comme par le sujet lui-même sur sa consommation et ses conséquences (problèmes scolaires, problèmes avec la loi, etc.).

■ La dépendance se traduit par une perturbation importante et prolongée du fonctionnement neurobiologique et psychologique d'un individu. Elle renvoie à un ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques survenant à la suite de la consommation répétée d'une substance psychoactive, typiquement associés à une utilisation compulsive du produit avec une consommation plus longue que prévu, un désir persistant ou des efforts infructueux pour la diminuer ou la contrôler, une réduction des activités sociales, professionnelles ou de loisirs, la poursuite de l'intoxication malgré des complications physiques, psychologiques ou sociales.

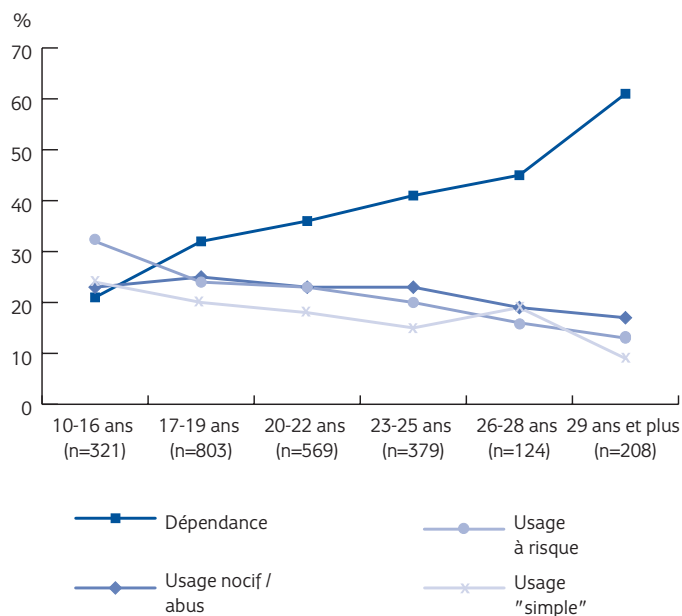
Facteurs associés au diagnostic d'usage

On peut souligner enfin que la part des diagnostics d'usage nocif ou de dépendance apparaît toujours plus élevée chez les filles : 42 % des garçons à 14-16 ans, contre 47 % des filles ; 54 % des garçons à 17-19 ans, contre 64 % des filles ; 58 % des garçons à 20-22 ans, contre 60 % des filles ; 63 % des garçons à 23-25 ans, contre 72 % des filles. Dans l'ensemble des filles venues en consultation cannabis donc, la part d'usages « problématiques » semble donc relativement plus élevée que parmi les garçons, qui sont venus plus nombreux mais dont une part plus faible est diagnostiquée en situation de dépendance. C'est à 17-19 ans que l'écart entre les sexes est le plus net (10 points).

Type d'usage diagnostiqué, par tranche d'âge

Quelle que soit la tranche d'âge, plus du tiers des consommateurs accueillis fait l'objet d'un diagnostic de dépendance ; cette proportion croît avec l'âge. Les usagers « dépendants » sont les plus nombreux parmi les consultants à partir de 17 ans (cf. graphique ci-dessous) : leur part culmine entre 29 et 34 ans (environ 80 %).

Figure 18 - Type d'usagers reçus en consultation, par tranche d'âge (en %)

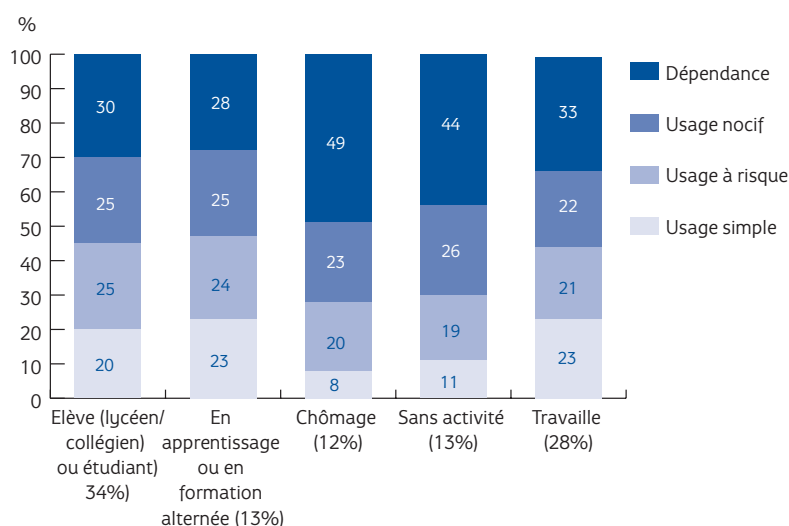


Autre fait saillant, la part des usages « nocifs » est relativement stable aux différents âges de la vie (autour de 20 % de chaque tranche d'âge), tandis que la part des usages occasionnels sans nocivité avérée décroît fortement avec l'avancée en âge des consultants.

Profil sociodémographique des consultants selon le diagnostic d'usage

Le profil d'usage des consultants âgés de 18 à 25 ans (tel qu'il a été diagnostiqué lors du premier contact) est relativement différencié selon la situation actuelle des consultants (cf. figure 20). Ainsi, la part d'usages nocifs et de cas de dépendance s'avère particulièrement élevée parmi les consommateurs qui se déclarent au chômage ou sans activité (autour de 70 %), qui représentent un quart des consultants de 18 à 25 ans. Parmi les jeunes adultes venus en consultation cannabis, la plupart sont encore scolarisés (en particulier entre 18 et 20 ans) : ils sont un peu plus de la moitié à relever d'un usage nocif ou d'une dépendance. La structure des usages n'est pas très différente de celle des actifs employés.

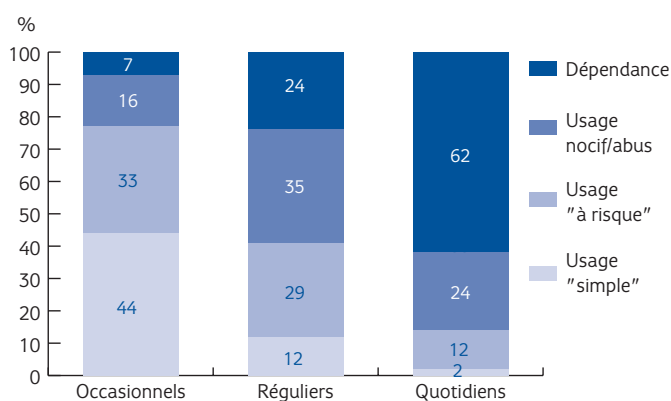
Figure 19 - Type d'usage diagnostiqué chez les consultants âgés de 18 à 25 ans, par type de situation actuelle (n=1463)



Fréquence de consommation de cannabis et diagnostic d'usage

Le diagnostic d'usage nocif ou de dépendance est naturellement lié à la fréquence de consommation de cannabis déclarée : 86 % des usagers quotidiens font l'objet d'un diagnostic d'abus ou de dépendance au cannabis, vs. 23 % des usagers occasionnels. Les usagers quotidiens font donc le plus souvent l'objet d'un diagnostic de dépendance ; les usages occasionnels sont majoritairement repérés comme étant « simples » ou « à risque ».

Figure 20 - Diagnostic selon la fréquence de consommation de cannabis, sur 2408 consultants



La corrélation entre fréquence de consommation et présomption de dépendance (ou non) est donc forte, mais pas systématique : ainsi, 14 % des usagers quotidiens de cannabis sont « classés » comme relevant d'un usage simple ou « à risque ».

La fréquence d'usage du cannabis influe donc sur le diagnostic, en lien avec d'autres variables telles que la quantité de cannabis fumée en une occasion de consommation, l'âge d'expérimentation, etc. Ces variables étant liées entre elles, il faut, pour déterminer les facteurs explicatifs du diagnostic, contrôler les effets de structure (taille des effectifs par tranche d'âge, par sexe, etc. ; effet de la structure d'accueil, etc.) et isoler l'influence propre de chaque variable, « toutes choses égales par ailleurs ».

Les critères de formulation du diagnostic

Le tableau 29 (cf. *infra*) présente le résultat de trois régressions logistiques, qui se caractérisent par des coefficients de corrélation (R^2) satisfaisants. Cette modélisation repose sur un nombre réduit de variables exogènes (facteurs individuels ou facteurs liés à la consultation cannabis d'accueil), d'intérêt significatif, qui n'exclut pas l'intervention d'autres facteurs, externes, qu'on ne peut contrôler.

La modélisation choisie consiste à caractériser des types de consommation adjacents : la consommation à risque plutôt que l'usage simple (premier modèle), puis la consommation nocive plutôt que l'usage à risque (deuxième modèle), enfin, la dépendance plutôt que la consommation nocive (dernier modèle), en comparant à chaque fois les deux types d'usage entre eux. Ce choix permet d'appréhender les critères de la transition d'un type de consommation à l'autre, autrement dit d'interpréter le diagnostic, du moins « grave » au plus « grave ». On fait donc comme si l'on disposait de données longitudinales (plutôt que transversales), afin de décrire les facteurs associés à chacune des étapes d'une hypothétique « carrière » du consommateur de cannabis (envisagée du point de vue de la « gravité » des usages). Ce procédé permet de mettre au jour la variabilité des déterminants du diagnostic, d'un type d'usage à l'autre, tout au long de la carrière des usagers.

Il apparaît ainsi que le seuil de fréquence de consommation associé à un diagnostic de « gravité » est d'autant plus élevé que le diagnostic formulé est proche de la dépendance. Ainsi, la consommation « à risque » est associée à toute consommation au cours du mois ou presque, tandis que les seuils suivants (usage nocif et dépendance) sont nettement plus proches de la consommation quotidienne : l'usage quasi-quotidien (au moins 20 usages dans le mois, jusqu'à l'usage quotidien) est associé à l'usage nocif plutôt qu'à risque ; l'usage quotidien est la seule fréquence d'usage qui est significative, en pratique, pour distinguer les dépendants des usagers nocifs. C'est ce qui explique que les usagers quotidiens font le plus souvent l'objet d'un diagnostic de dépendance (cf. *supra*).

La quantité fumée (appréhendée ici par le nombre de joints fumés lors de la dernière occasion) a pour sa part un effet à peu près constant (quoiqu'en légère diminution) sur le diagnostic, quelle que soit la « gravité » du type d'usage caractérisé : un joint supplémentaire augmente de 21 % les chances d'être diagnostiqué à risque plutôt qu'usager simple, de 16 % les chances d'être diagnostiqué en situation d'usage nocif plutôt qu'à risque ou enfin, d'environ 15 % les chances d'être jugé en état de dépendance plutôt qu'en situation d'usage nocif. Autrement dit, l'information sur le nombre de joints fumés semble orienter d'autant plus le diagnostic que la consommation est modérée, mais son impact reste lui-même relativement modéré.

Facteurs associés au diagnostic d'usage

Tableau 25 - Modélisation logistique des facteurs liés au diagnostic

	Consommation « simple » vs à risque		Consommation à risque vs usage nocif		Usage nocif vs dépendance	
	O.R.	p	O.R.	p	O.R.	p
Quantité de cannabis consommée un jour donné						
Nombre de joints fumés						
un jour donné	1,218	0,001	1,167	0,000	1,157	0,000
Fréquence d'usage du cannabis (dans le mois passé)						
0 fois	- 1 -		- 1 -		- 1 -	
1 à 2 fois	0,493	0,047	1,122	0,823	1,806	0,517
3 à 9 fois	1,279	0,437	0,705	0,421	2,221	0,264
10 à 19 fois	3,080	0,004	1,821	0,151	1,821	0,368
20 à 29 fois	1,720	0,317	5,382	0,001	3,463	0,063
Tous les jours	5,034	0,000	3,660	0,001	8,924	0,000
Outil diagnostique utilisé						
CAST	0,984	0,951	1,746	0,030	0,673	0,085
DEP-ADO	1,599	0,227	0,908	0,793	0,452	0,044
ALAC	1,388	0,328	1,820	0,058	0,498	0,023
ADOSPA	0,630	0,515	1,533	0,468	0,585	0,250
DETC-CAGE Cannabis	1,220	0,579	2,535	0,003	0,425	0,002
Autre outil d'évaluation (interne)- 1 -			- 1 -		- 1 -	
Type de professionnel rencontré						
Vu par un éducateur	1,844	0,170	0,562	0,207	1,184	0,697
Vu par un infirmier	1,173	0,729	0,680	0,411	0,775	0,562
Vu par un médecin	3,975	0,023	0,695	0,503	1,656	0,281
Vu par un psychologue	1,686	0,222	0,871	0,748	0,831	0,649
Vu par autre	- 1 -		- 1 -		- 1 -	
R ²	0,237		0,247		0,292	

N.B. : les odds ratios significativement différents de 1 selon le test d Chi-2 de Wald au seuil de 0,05 sont indiqués en caractères gras.

Lecture : toutes choses égales par ailleurs (c'est-à-dire à quantité de cannabis consommée un jour de consommation, fréquence d'usage, et outil diagnostique égaux), le fait d'être vu par un médecin plutôt que par un professionnel « autre » multiplie par 3,975 les chances d'être diagnostiqué en situation d'usage « à risque » plutôt que simple.

L'outil diagnostique utilisé semble influencer les chances d'être diagnostiqué dépendant plutôt que relevant d'un usage nocif, ou en usage nocif plutôt qu'à risque. Ainsi par exemple, le recours au CAST (plutôt qu'à une grille d'évaluation interne) accroît les chances d'un diagnostic d'usage nocif plutôt qu'à risque. Il en va de même du DETC-CAGE cannabis. Parallèlement, il apparaît que l'utilisation d'une grille interne (plutôt que du DEP-ADO, de l'ALAC ou du DETC-CAGE cannabis) augmente la probabilité d'un diagnostic de dépendance, à fréquence d'usage et quantités consommées égales et indépendamment du clinicien en charge du diagnostic. Autrement dit, la dépendance est établie sur la base d'un diagnostic plutôt clinique (à l'aide d'une grille interne), tandis que les tests de repérage validés (le CAST et le CAGE-cannabis en particulier, l'ALAC de façon presque significative) sont plus souvent utilisés que les grilles internes pour distinguer les usages problématiques entre eux (usages nocifs et usages « à risque »). En outre, CAST, CAGE-cannabis et ALAC qualifieraient l'usage de façon plus « discriminante » qu'une grille interne. Ce résultat fait apparaître la diversité des modes d'utilisation des outils diagnostiques, ainsi que la nécessité de développer une technique d'évaluation uniforme et standardisée qui pourrait être généralisée à l'ensemble des consultations cannabis (et qui serait également plus facile à interpréter).

Repérer et évaluer les consommations nocives de cannabis et d'autres substances psychoactives

Plusieurs échelles de dépistage des consommations nocives de drogues existent : elles combinent la description du type d'usage et du contexte de consommation du patient, la recherche des risques associés à la consommation (individuels et environnementaux) et des signes cliniques ou des complications liés à un usage nocif et l'évaluation de la motivation au sevrage.

■ Le CAST (Cannabis Abuse Screening Test), conçu à l'OFDT, est utilisé depuis 2002 dans l'enquête Escapad : il permet d'effectuer un repérage des consommateurs problématiques à partir de 6 questions (3 réponses positives doivent amener le consommateur à s'interroger sur les conséquences de sa consommation, 4 ou plus devraient l'inciter à demander un avis spécialisé).

■ Le DETC (Diminuer, Entourage, Trop, Cannabis), adaptation française du CAGE utilisé aux Etats-Unis (Cut, Annoyed, Guilty, Eye-opener) comprend 4 questions (une seule réponse positive indique que la consommation de cannabis pose question).

■ Le DEP-ADO (DEPistage de consommation problématique d'alcool et de drogues chez les ADOlescents et les adolescentes) est une adaptation française du test en 7 questions élaboré par le RISQ (Recherche et Intervention sur les Substances psychoactives - Québec).

Facteurs associés au diagnostic d'usage

- L'ALAC néo-zélandais (ALcohol Advisory Council) décline 11 questions (3 réponses affirmatives indiquent un usage problématique).
- Enfin, l'ADOSPA (ADOLescents et Substances PsychoActives), traduction du CRAFFT américain (Car Relax, Alone, Forget, Family, Friends, Trouble), comporte 6 questions (2 réponses affirmatives indiquent un usage nocif de substances psychoactives).

Une étude épidémiologique et clinique en cours vise à tester la validité de plusieurs questionnaires utilisés pour le dépistage de l'usage nocif (CAST, ALAC, ADOSPA) : baptisée ADOTECNO (ADOLescents, TECHniques d'évaluation des consommations NOcives), elle est menée par l'OFDT, en partenariat avec le service d'addictologie de l'hôpital Paul Brousse de Villejuif, de façon à proposer une mesure de l'usage problématique.

Enfin, toutes choses égales par ailleurs, le fait d'être vu par un médecin plutôt que par un « autre type de professionnel » (non médical) multiplie par 4 les chances d'être classé consommateur « à risque » plutôt que consommateur « simple ». L'influence du médecin sur l'issue du diagnostic est particulièrement significative pour distinguer les consommateurs « simples » de ceux qui pourraient développer un usage à risque. L'impact du type de professionnel sur les transitions d'usage ultérieures²⁵ semble cependant nul, ce qui souligne que la formation de ceux-ci n'entre plus en ligne de compte dès que les symptômes des patients sont suffisamment visibles pour être clairement distingués. Autrement dit, dès lors qu'apparaissent les signes d'un usage problématique (à partir de l'usage nocif, caractérisé, par rapport à l'usage à risque, par la survenue de dommages cliniquement observables, d'ordre psychoaffectif, social ou somatique), la profession de l'accueillant joue de façon moins significative sur le « classement diagnostique » de l'usager.

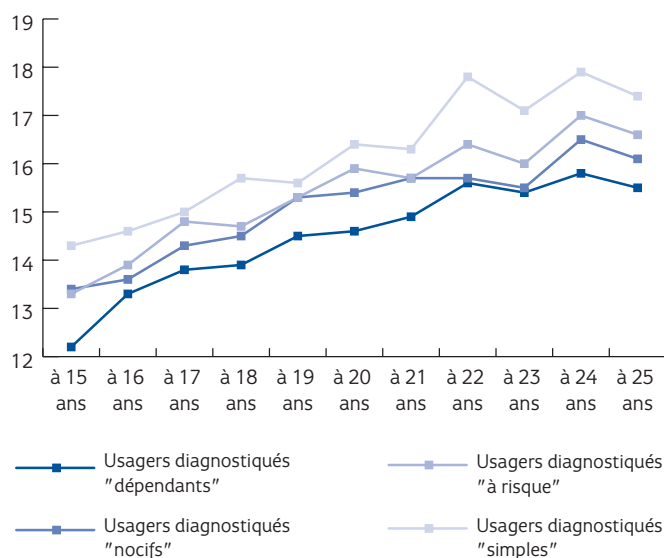
Il s'avère donc que l'information sur l'usage quotidien de cannabis permet, en pratique, de distinguer les usages nocifs des cas de dépendance ; par ailleurs, à partir d'un épisode de consommation au cours du mois, l'usager est passible d'un diagnostic d'usage à risque plutôt que d'usage simple. Le nombre de joints joue un rôle déterminant pour distinguer, parmi les consommateurs modérés, ceux qui présentent des risques et ceux qui ont des usages récréatifs. Tendanciellement, la dépendance est établie sur la base d'un diagnostic clinique (avec une grille interne), tandis que les tests de repérage validés (CAST, CAGE-cannabis, ALAC) sont utilisés pour

²⁵ Rappelons que ces transitions d'usage sont fondées sur le critère du diagnostic (cf. supra) : usage simple, usage à risque, usage nocif et dépendance.

affiner le diagnostic et distinguer les usages nocifs des usages « à risque ». Enfin, pour les consommateurs les moins problématiques, le diagnostic dépend fortement de la présence ou non d'un médecin à la première visite, qui semble plus enclin que les autres professionnels (médicaux ou non), à distinguer les consommateurs « simples » de ceux qui pourraient développer un usage à risque.

On sait par ailleurs que le diagnostic est corrélé à l'âge d'expérimentation du cannabis déclaré par le consultant (à l'âge où il consulte). La première consommation de cannabis est en effet systématiquement plus précoce chez les usagers diagnostiqués dépendants (courbe inférieure du graphique) : par exemple, les consultants âgés de 17 ans diagnostiqués « dépendants » ont expérimenté le cannabis à 13,8 ans en moyenne, alors que les usagers « simples » du même âge ont fumé leur premier joint à 15 ans en moyenne. Le diagnostic de « gravité » de l'usage et l'ancienneté de la consommation sont donc fortement corrélés sans qu'on puisse établir ici une relation de cause à effet : il faudrait pour cela pouvoir disposer de données de cohorte ou de cas-témoins.

Figure 21 - Âge moyen d'expérimentation du cannabis (en années) selon l'âge actuel du consommateur et le diagnostic d'usage



N.B. : l'échelle a été tronquée à 12 ans (âge moyen d'expérimentation en ordonnée) pour améliorer la lisibilité du graphique.

Suivi offert en « consultation cannabis »

Une part dominante de primo-consultants

Les primo-consultants représentent 64 % des consommateurs reçus un mois donné (n=1 886). Les consommateurs déjà connus forment 36 % du public d'usagers de cannabis accueilli (n=1 050). Cette demande nouvelle est déterminée par les caractéristiques de l'offre, qui met en avant la fonction de premier diagnostic et d'orientation des consultations cannabis. Les consultants déjà connus fréquentaient la structure le plus souvent dans le cadre de l'activité « ordinaire » du CSST ou du CCAA auquel la consultation cannabis est rattachée.

La part des primo-consultants est majoritaire dans le public à tous les âges : elle varie entre 60 % du public reçu (à 20-22 ans) et 73 % (à 10-13 ans). Elle est particulièrement élevée parmi les consommateurs les plus jeunes (plus de 65 % avant 20 ans). Cette affluence un mois donné s'explique largement par le moment de l'enquête. La période d'inclusion de l'enquête (15 mars - 15 avril) était immédiatement postérieure à la campagne de prévention de l'usage du cannabis lancée un mois auparavant (le 8 février) par la MILDT et l'INPES. Cette campagne de sensibilisation sur les effets de la consommation de cannabis, intitulée « le cannabis est une réalité », était déclinée sous plusieurs formes²⁶ :

- 6 films de 25 secondes mettant en scène des jeunes témoignant de leur expérience sur les risques liés à la consommation de cannabis, diffusés pendant trois semaines, du 8 au 27 février 2005, sur les chaînes hertziennes et quelques chaînes du câble dédiées aux jeunes (MCM, RTL 9, MTV, Game one, Eurosport, Série club) ;
- 8 spots radio de 35 secondes, diffusés sur une sélection de radios jeunes (Skyrock, NRJ, Europe 2, Fun radio) pendant quatre semaines, du 8 février au 6 mars 2005 ;
- des messages insérés dans la presse quotidienne nationale,
- trois brochures d'information mises à disposition du grand public : l'une à destination des jeunes (qu'ils soient consommateurs de cannabis ou non), l'autre à destination des parents et un troisième livret intitulé « guide à l'arrêt du cannabis » ;
- l'ouverture d'une ligne téléphonique spécifique, « Ecoute Cannabis », mise en place pour répondre aux questions des consommateurs de cannabis ou de leur entourage.

²⁶ Pour plus de détails, voir la rubrique « dossier cannabis » mis à disposition sur le site de la MILDT (<http://www.drogues.gouv.fr/fr/index.html>).

Suivi offert en « consultation cannabis »

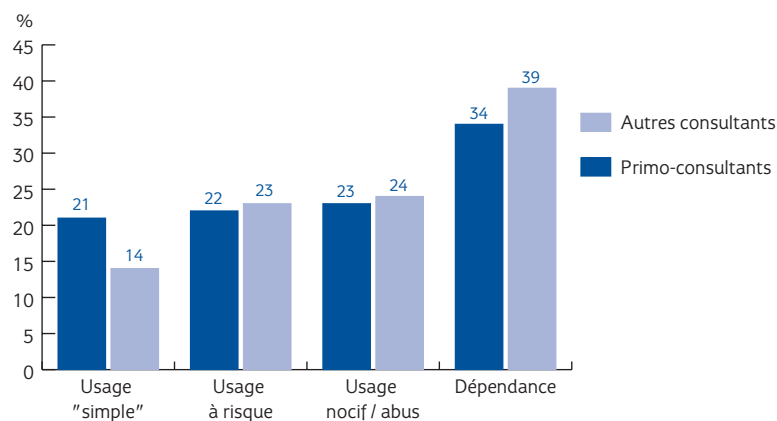
Cette campagne médiatique multiforme a probablement produit un effet d'appel, d'où une proportion importante de « nouveaux consultants ». L'enquête décrit le profil de ce public particulier, venu en « consultation cannabis » dans un contexte où la question des risques liés à la consommation de cannabis pesait fortement sur l'agenda médiatique.

Le contexte de l'enquête produit vraisemblablement des effets sur la structure du public accueilli - qu'on ne peut entièrement contrôler. Ces « nouveaux consultants » sont moins souvent diagnostiqués dépendants ou susceptibles d'usage nocif de cannabis que les consultants déjà connus de la structure (63 %, vs. 57 %). Parallèlement, la proportion d'usagers « simples » est particulièrement élevée parmi les primo-consultants (7 points d'écart avec les consultants connus). Ce constat semble accréditer l'hypothèse d'une « vogue » du dispositif à la date de l'enquête, qui a occasionné des recours qui ne semblent pas nécessairement justifiés par un usage problématique de cannabis.

La part des usages diagnostiqués « à risque », en revanche, semble stable (environ 23 % des consultants) et relativement indépendante de l'ancienneté de la démarche vers la « consultation cannabis ».

On ne relève pas d'impulsion particulière de l'entourage parmi les « nouveaux consultants » : 22 % des primo-consultants sont venus accompagnés d'une (ou plusieurs) personnes de l'entourage, soit une proportion équivalente chez les consultants déjà connus.

Figure 22 - Type d'usage diagnostiqué chez les consultants venus pour la première fois et les autres consultants



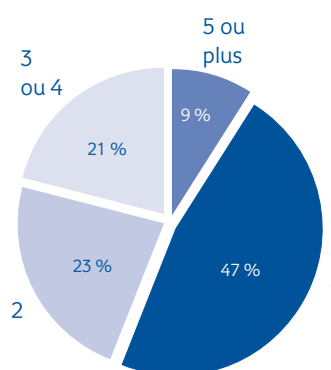
Durée du suivi en « consultation cannabis » et délais d'attente

Le nombre moyen de consultations par individu dans la période de l'enquête (14 semaines) est légèrement supérieur à 2 rendez-vous (2,1), à la fois pour les nouveaux consultants et ceux qui étaient déjà connus. Autrement dit, en moyenne, les consommateurs ont fait l'objet de moins d'une consultation par mois (0,6). Ce chiffre moyen masque des disparités fortes dans le suivi, dont la durée varie évidemment selon le profil de consommation.

Nombre moyen de consultations chez les primo-consultants (vus pour la première fois en mars-avril 2005)

- Près de la moitié des primo-consultants (hors entourage) s'en sont tenus à une seule consultation dans une période d'enquête de 2 mois ½ à 3 mois ½.
- Un quart des consommateurs accueillis ont bénéficié de 2 consultations.
- Le quart d'usagers restant se partage entre des suivis d'une durée moyenne de 3 à 4 consultations (21 % des consommateurs) et des suivis plus longs, qui représentent environ 9 % des consommateurs reçus.

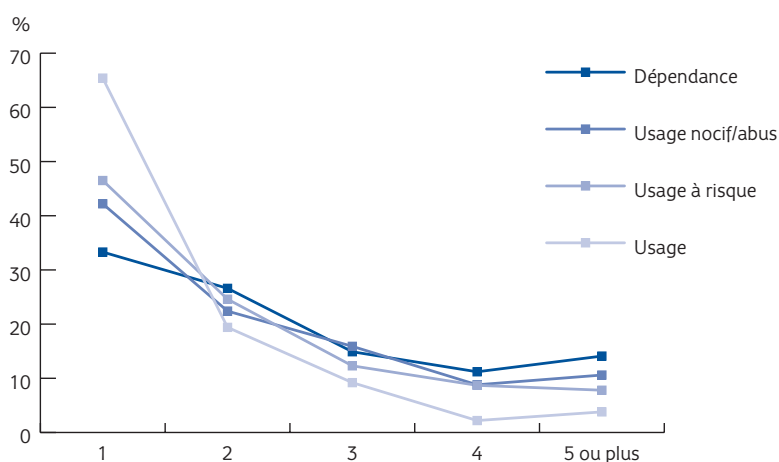
Figure 23 - Nombre de consultations dans une période de 14 semaines parmi les primo-consultants (n=1785)



Suivi offert en « consultation cannabis »

Comme on pouvait s'y attendre, le nombre de consultations est fortement corrélé au type d'usage diagnostiqué lors du premier contact. Autrement dit, on trouve parmi les consultants bénéficiaires d'une seule consultation une part prépondérante d'usagers « simples » (près de 70 %), alors que les parcours de consultation plus longs (4 consultations ou plus pendant 14 semaines maximum) concentrent une population d'usagers diagnostiqués abusifs ou dépendants. Ainsi, la part d'usagers « simples » est faible parmi les personnes venues consulter plus de 3 fois en 14 semaines (6 %).

Figure 24 - Nombre de consultations sur une période de 14 semaines maximum, selon le diagnostic d'usage à la 1ère consultation (n=1498)



La part des consommateurs vus pour la première fois en mars-avril 2005 et qui font l'objet d'un suivi de 5 consultations (7 %) ou plus (1 %) est sous-évaluée, du fait de la durée limitée de l'enquête : à la fin de celle-ci, certains jeunes n'ont pas achevé leur suivi. À l'issue d'une évaluation complète, ils auront donc bénéficié d'un nombre de visites en consultation probablement plus important que celui qui est saisi par l'enquête.

Le nombre moyen de consultations par individu (en 14 semaines) augmente avec la « gravité » de l'usage : il est de 2,1 consultations pour les consultants diagnostiqués usagers « simples », de 2,7 pour les usagers diagnostiqués « à risque », de 2,9 pour les usagers nocifs ou abusifs et il passe au-dessus des 3 consultations en 14 semaines pour les usagers dépendants (3,1).

Enquête sur les personnes accueillies en consultation cannabis en 2005

Le nombre moyen de consultations par individu varie selon le motif de recours à la consultation :

- C'est parmi les publics adressés par la justice que l'on trouve les suivis les plus courts : 60 % des consultants orientés par les autorités judiciaires ont bénéficié d'une ou 2 consultations dans les 14 semaines de l'enquête.
- La part des suivis plus longs (5 consultations ou plus) culmine parmi les personnes qui ont spontanément sollicité la consultation (26,2 % de ce public) ;
- La part des suivis de 3 ou 4 consultations est similaire chez les personnes venues spontanément, celles qui sont venues sur suggestion d'un tiers et celles qui ont été orientées par la justice (autour de 30 %).

Tableau 26 - Nombre de consultations par individu selon la modalité de recours à la consultation (n=2674)

	Spontanée	Adressé par la justice	Adressé par un tiers
1	23 %	43 %	25 %
2	22 %	19 %	23 %
3	17 %	17 %	18 %
4	12 %	10 %	14 %
5	24 %	10 %	19 %
Plus de 5	2 %	1 %	1 %
	100 %	100 %	100 %

Dans les cas d'usage nocif ou de dépendance, le nombre de consultations par individu est logiquement plus élevé et fortement déterminé par l'origine du recours.

Comme le confirme le tableau ci-dessous, les consommateurs adressés par la justice font plus souvent que les autres l'objet de suivis courts, limités à une seule consultation (environ 15 points d'écart pour les usages nocifs, 7 chez les usagers dépendants).

78

Les usagers diagnostiqués « dépendants » venus spontanément font plus fréquemment l'objet de suivis longs de plus de 3 consultations que ceux qui sont venus à l'initiative d'un tiers ou du fait d'une orientation judiciaire (6 points d'écart avec les démarches suggérées par un tiers, 10 avec les usagers adressés par la justice). Dans le cas d'un usage diagnostiqué comme nocif à l'inverse, les recours sur suggestion d'un tiers donnent un peu plus souvent lieu à un suivi long que les démarches spontanées (5 points d'écart dans la part des suivis de plus de 3 consultations).

Suivi offert en « consultation cannabis »

Dans l'échantillon un mois donné, près d'un tiers des usagers faisant l'objet d'un diagnostic de dépendance sont au chômage ou sans activité et 30 % occupent un emploi ; 20 % sont collégiens ou lycéens (dont une part non négligeable est scolarisée dans l'enseignement professionnel) et 10 % sont étudiants.

Tableau 27 - Nombre de consultations par individu (en fonction du rang de consultation), selon l'origine du recours à la consultation, chez les usagers diagnostiqués nocifs ou dépendants (% en ligne)

	Usage nocif (n=529)						Dépendance (n=814)					
	1	2	3	4	5	> 5	1	2	3	4	5	> 5
Démarche spontanée	20	21	23	11	25	1	19	21	15	14	28	3
Orientation judiciaire	35	16	23	11	14	1	26	20	18	13	20	2
Suggestion d'un tiers	21	20	18	16	25	1	19	24	18	18	19	2

Parmi les consultants « dépendants » qui exercent une activité professionnelle, plus d'un quart a bénéficié de suivis longs (5 consultations ou plus). Il en va de même pour les personnes au chômage ou sans activité. Par comparaison, les usagers de cannabis « dépendants » scolarisés en apprentissage ou en formation alternée sont moins souvent orientés vers des suivis longs : près de la moitié d'entre eux ne vont pas au-delà de 2 consultations.

Tableau 28 - Nombre de consultations par individu (en fonction du rang de consultation), selon la situation actuelle, chez les usagers diagnostiqués dépendants (% en colonne)

	Travaille n= 236	Chômage/ sans activité 260	Etudiant 80	Lycéen/ collégien 171	Apprentissage 66
1	20 %	24 %	19 %	22 %	14 %
2	19 %	22 %	18 %	22 %	30 %
3	17 %	16 %	19 %	16 %	18 %
4	15 %	10 %	20 %	18 %	20 %
5	27 %	24 %	24 %	22 %	18 %
> 5	3 %	4 %	1 %	0 %	0 %

Cette différence peut s'expliquer par le profil différencié de ces deux types de populations : les actifs (employés ou au chômage) étant en moyenne plus âgés que les consultants en situation d'apprentissage, ils sont plus « installés » dans la dépendance ; la phase d'évaluation de leur consommation est donc plus longue. Mais l'écart s'explique surtout par la part relativement plus importante des défections parmi les chômeurs et les actifs employés : respectivement 33 % et 30 % de « décrochages » après la 1^{ère} consultation vs. 25 % environ chez les collégiens, lycéens ou consultants en apprentissage (sur les « décrochages », cf. *infra*).

Délai moyen d'attente pour une consultation (consommateurs)

Le délai moyen d'attente pour un consommateur, entre la demande d'un rendez-vous et la date de consultation, quel que soit le stade d'intervention auquel il se trouve (de la 1^{ère} à la 5^{ème} consultation), est de 13,9 jours.

Il est particulièrement court au premier rendez-vous (8,2 jours). À partir du deuxième rendez-vous, ce délai tend à s'allonger de façon significative, de plus d'une semaine en moyenne : il est de 15 jours pour un 2^e entretien, 16,8 jours pour un 3^eme, 18,3 jours pour un 4^eme et 15,9 jours pour un 5^eme.

Manifestement donc, la première consultation se caractérise par un délai d'attente particulièrement court : près des deux tiers des consommateurs qui en font la demande sont reçus dans les 7 jours qui suivent. Environ 12 % des consultants sont même reçus dans la journée (ce qui devient rare à partir de la 2^{ème} consultation).

D'une façon générale, 8 consommateurs sur 10 qui sollicitent une consultation sont reçus dans les 3 semaines qui suivent.

Tableau 29 - Délai d'attente pour un rendez-vous en consultation cannabis

	1 ^{er} rv (n=1 289)	2 ^e rv (n=1 166)	3 ^e rv (n=919)	4 ^e rv (n=618)	5 ^e rv (n=424)
Moins d'une semaine	64 %	39 %	34 %	33 %	33 %
Dont : Le jour même	12 %	3 %	1 %	0 %	2 %
Dont : 1 à 7 jours	52 %	36 %	33 %	33 %	31 %
1 à 2 semaines	26 %	30 %	32 %	29 %	32 %
2 à 3 semaines	5 %	12 %	12 %	16 %	14 %
3 semaines à 1 mois	3 %	8 %	10 %	11 %	11 %
1 à 2 mois	2 %	9 %	10 %	9 %	9 %
Plus de 2 mois	1 %	1 %	2 %	2 %	1 %

Délai moyen entre les consultations

Le délai moyen entre deux consultations est d'une quinzaine de jours.

Ce délai moyen recouvre une diversité de situations : environ 10 % des consommateurs attendent au moins un mois pour obtenir le rendez-vous suivant (à chaque stade du parcours de consultation) ; à l'inverse, 60 à 70 % des consommateurs obtiennent le rendez-vous suivant en moins de 15 jours²⁷. La part de consommateurs soumis à des délais d'attente plus longs (entre deux consultations) augmente selon l'avancement dans l'évaluation.

Tableau 30 - Délai moyen entre deux consultations selon le stade du suivi et délai maximum

	Délai moyen	Délai maximum (en jours)	Délai maximum (en mois)
Entre la 1ère et la 2ème consult.	15,4	191	6,4 mois
Entre la 2ème et la 3ème consult.	16,3	92	3,1 mois
Entre la 3ème et la 4ème consult.	17,9	381	12,7 mois
Entre la 4ème et la 5ème consult.	16,5	101	3,4 mois

Types de consultation

Deux modalités de consultation existent :

- la consultation individuelle (environ 90 % des consultants à tout âge) et la réunion de groupe (plusieurs consommateurs vus simultanément) ;
- la consultation de groupe, qui s'avère rare : parmi les nouveaux consultants âgés de 14 à 25 ans, une centaine seulement ont bénéficié d'une consultation de groupe, ce qui représente 7 % de ces consommateurs. Elles ne représentent jamais plus de 15 % des consommateurs reçus, quel que soit l'âge. C'est parmi les consommateurs les plus jeunes qu'elles sont les plus courantes (cf. tableau). Leur fréquence chute après la 3ème consultation : lors d'une 4ème ou d'une 5ème consultation, les consultations de groupe représentent 5 % des rendez-vous.

²⁷ Environ 70 % des consommateurs ont un deuxième rendez-vous en moins de 15 jours (66 % pour un troisième rendez-vous, 61 % pour un quatrième ou un cinquième).

C'est entre 14 et 16 ans que les consultations de groupe sont les plus fréquentes (entre 9 % et 15 % selon le stade d'évaluation) et entre 17 et 19 ans (entre 6 % et 9 %). Au-delà de cet âge, elles restent à des niveaux très bas, dépassant rarement 5 %, en particulier chez les consommateurs qui ont dépassé le stade de la 1ère consultation.

Tableau 31 - Part de consultations individuelles et en groupe, par tranche d'âge et selon le stade d'évaluation

	1ère consult.		2ème consult.		3ème consult.		4ème consult.		5ème consult.	
	Indiv.	Groupe	Indiv.	Groupe	Indiv.	Groupe	Indiv.	Groupe	Indiv.	Groupe
14-16 ans	88 % (n=186)	12 % (n=26)	87 % (n=142)	13 % (n=22)	85 % (n=99)	15 % (n=17)	91 % (n=59)	9 % (n=6)	88 % (n=38)	12 % (n=5)
17-19 ans	9 % (n=504)	9 % (n=50)	92 % (n=395)	8 % (n=33)	90 % (n=294)	10 % (n=31)	93 % (n=199)	7 % (n=16)	94 % (n=126)	6 % (n=8)
20-22 ans	96 % (n=332)	4 % (n=12)	95 % (n=256)	5 % (n=12)	96 % (n=223)	4 % (n=9)	99 % (n=151)	1 % (n=1)	97 % (n=94)	3 % (n=3)
23-25 ans	93 % (n=221)	7 % (n=16)	96 % (n=174)	4 % (n=8)	97 % (n=153)	3 % (n=4)	99 % (n=104)	1 % (n=1)	100 % (n=85)	0 % (n=0)
14-25 ans	92 % (n=1243)	8 % (n=104)	93 % (n=967)	7 % (n=75)	93 % (n=769)	7 % (n=61)	95 % (n=513)	5 % (n=24)	95 % (n=343)	5 % (n=16)

Personnel d'accueil

Les consommateurs venus en consultation pour la première fois ont été le plus souvent vus par un psychologue (35 %) ; 25 % d'entre eux ont été reçus par un éducateur, 21 % par un infirmier, 12 % par un médecin et 8 % par un professionnel « autre ».

Cette structure traduit assez fidèlement la représentation de chacun de ces profils de professionnels dans les consultations cannabis : les psychologues y sont en effet le plus couramment représentés, puisque la moitié des consultations de diagnostic en comptent un dans l'équipe. Les éducateurs interviennent dans 40 % des

Suivi offert en « consultation cannabis »

consultations cannabis, les infirmiers dans 32 %, les médecins dans 22 % des consultations et les professionnels « autres » (sans précision dans le questionnaire) sont présents dans 14 % d'entre elles : on peut penser qu'il s'agit d'assistants sociaux ou de professionnels des filières socio-médicales.

Par ailleurs, 5 % des consommateurs ont été vus par deux professionnels au moins : 4 % ont été vus par deux professionnels et 1 % par trois.

L'utilisateur qui vient pour la première fois est, en pratique, orienté de façon sélective au sein de la consultation selon la fréquence d'usage de cannabis qu'il déclare. Ainsi, les usagers quotidiens sont, plus souvent que les usagers « simples », reçus par un médecin (16 % vs. 10 %).

Les usagers occasionnels sont vus, la plupart du temps, par un psychologue mais aussi, relativement plus souvent que les usagers quotidiens, par un éducateur ou un infirmier (49 % vs. 41 %).

Tableau 32 - Type de personnel d'accueil, selon la fréquence d'usage de cannabis du consommateur reçu pour une première consultation (n=1745)

	Usagers occasionnels	Usagers réguliers	Usagers quotidiens
Éducateur	28 %	28 %	21 %
Infirmier	21 %	19 %	20 %
Médecin	10 %	11 %	16 %
Psychologue	34 %	35 %	37 %
Autre	8 %	7 %	6 %
	100 %	100 %	100 %

Orientation proposée à l'issue d'une première consultation (nouveaux consultants)

83

Selon le diagnostic d'usage formulé au cours de la première consultation, l'évaluation est, ou non, poursuivie. Ainsi, la moitié des usagers « simples » ne sont pas revus après une première consultation. À l'inverse, 8 consommateurs sur 10, quand

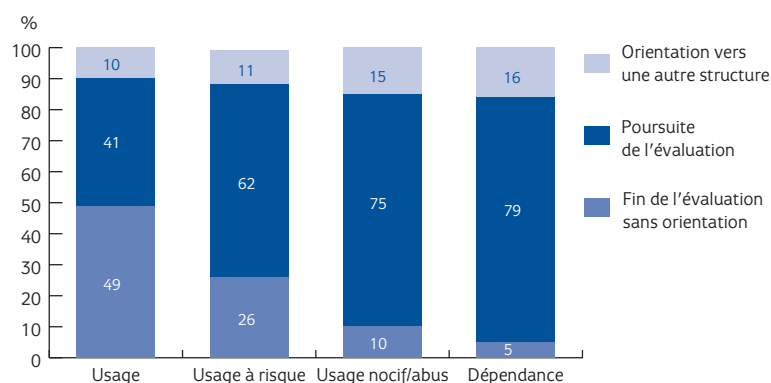
ils sont jugés abusifs ou « dépendants » au cannabis, se voient proposer une deuxième consultation.

La part de « sorties sèches » (sans orientation vers une autre structure) est très faible chez les usagers perçus comme abusifs ou dépendants (4 %, soit une cinquantaine de cas dans notre échantillon).

De la même façon, la part d'orientations vers une autre structure augmente avec la « gravité » du diagnostic d'usage. C'est chez les usagers abusifs ou dépendants qu'elle est la plus importante.

Cependant, ce schéma ne prend pas la mesure des défections d'une partie des consultants, qui décident de ne plus revenir, par refus de poursuivre l'évaluation ou en n'honorant pas le rendez-vous qui a été fixé.

Figure 25 - Suite donnée à la première consultation, selon le diagnostic d'usage (n=1473)



Estimation du taux d'abandon (ou drop out)

84

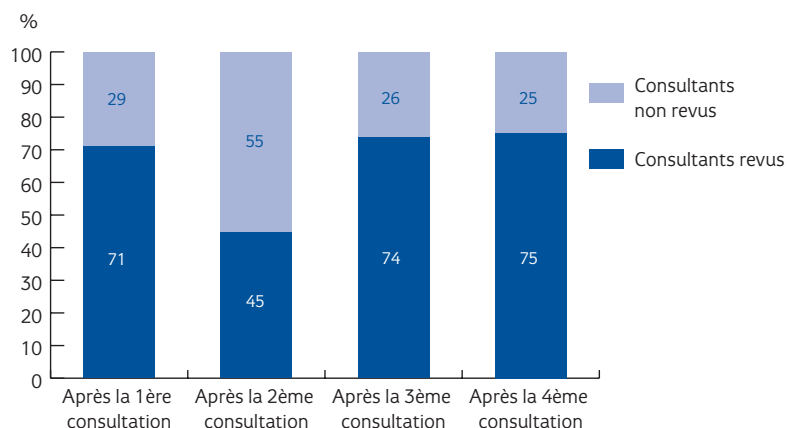
Parmi les rendez-vous en consultation qui se sont conclus par une invitation du clinicien à poursuivre l'évaluation, une partie n'a pas eu de suite. Ce phénomène d'abandon (ou « rétention », ou *drop out*) peut être mesuré, au moins approximativement, en comparant le chiffre des incitations à poursuivre l'évaluation et celui des évaluations effectivement poursuivies. On obtient ainsi une estimation grossière du taux de perdus de vue, qui est probablement surévalué, car il comprend une part de non-réponses qui sont comptabilisées comme des rendez-vous non poursuivis.

Suivi offert en « consultation cannabis »

Selon cette estimation, le taux de *drop out* moyen pourrait représenter au maximum un tiers des consultants reçus pour un problème de consommation de cannabis. Il faut préciser que l'on retrouve dans l'échantillon des consultants revus après la 4ème consultation ceux qui ont déjà été revus après la 3ème, la 2ème et la 1ère, ce qui signifie que la taille de l'échantillon à partir duquel est calculé le taux d'abandon diminue de consultation en consultation : après la première consultation, le taux est calculé sur 1 143 consultants, contre 415 seulement après la 4ème. Cela signifie notamment que les chances d'être revu après une 4ème consultation sont plus élevées que la probabilité de revenir après un premier contact : l'échantillon des consultants revenus après une 4ème consultation comprend logiquement une proportion plus importante de consommateurs « motivés » que ceux qui reviennent après une 1ère consultation. On peut donc s'attendre à ce que le taux de *drop out* baisse, consultation après consultation.

Les « décrochages » semblent particulièrement importants après la 2ème consultation (plus de la moitié des consultants). On peut en partie l'expliquer par l'allongement du délai d'attente à partir du 2ème entretien (pour rappel : 2 semaines d'attente en moyenne, contre 8 jours pour une première consultation), par le diagnostic formulé lors de la première consultation et par l'origine du recours (cf. *infra*).

Figure 26 - Estimation indicative du taux d'abandon (consultants non revus malgré une invitation à poursuivre l'évaluation) (données empiriques – n=3352)



Pour expliquer ce phénomène de décrochage, il importe de contrôler les effets de structure afin de déterminer les effets les plus importants « toutes choses égales par ailleurs ». Comme dans le cas des critères de formulation d'un diagnostic présenté plus haut, les variables sont liées entre elles, ce qui nécessite de recourir aux régressions logistiques.

Les déterminants du *drop out*

Dans les modèles qui suivent n'ont été retenues que les variables résumant les caractéristiques significativement associées aux consultants, toutes choses égales par ailleurs. La variable dépendante (*drop out*) a ici été calculée en croisant deux variables : l'incitation clinique à poursuivre l'évaluation et le fait de ne pas avoir eu de consultation ultérieurement.

L'abandon après la première consultation n'est déterminé de façon significative ni par le sexe du consommateur, ni par sa fréquence d'usage de cannabis, ni par sa situation scolaire ou professionnelle, ni par l'origine du recours à la consultation, ni par le type de structure de rattachement de la consultation cannabis. On note toutefois qu'il est deux à trois fois plus fréquent chez les jeunes adultes (19-25 ans) que chez les mineurs, toutes choses égales par ailleurs.

L'influence de la profession du clinicien qui intervient lors du premier contact est déterminante : ainsi, être vu par un professionnel de santé (médecin, infirmier ou psychologue) dès la première consultation divise par 2 (au moins) les chances d'abandonner le suivi²⁸. L'effet-professionnel est particulièrement marqué quand il s'agit d'un médecin, dont la présence lors du premier contact divise par 4 les chances de décrochage.

On observe un effet similaire du médecin après la 2ème consultation (de façon presque significative), qui réduirait de moitié les chances d'un abandon. Au cours des deux premières consultations donc, le médecin est le professionnel de santé le plus enclin à retenir les consultants dans le dispositif.

Les chances de *drop out* après la deuxième consultation sont particulièrement élevées chez les consommateurs de cannabis à répétition (à partir de 3 épisodes de consommation dans le mois passé) : elles culminent parmi les usagers réguliers et quasi-quotidiens de cannabis (20 à 29 usages dans le dernier mois), qui ont 5 fois plus de chances d'abandonner le suivi que les usagers qui ne déclaraient aucune consommation dans la même période de temps.

²⁸ Le caractère extrême de l'odds ratio associé aux consultants vu par un « autre type de professionnel » peut s'expliquer par le faible effectif de consultants dans ce cas et par le fait que cette variable a été renseignée de façon hétérogène ; il ne remet pas en cause la modélisation.

Tableau 33 - Modélisation logistique des facteurs liés au drop out (odds ratios ajustés et seuils de significativité)

	Entre la 1ère et la 2ème consultation		Entre la 2ème et la 3ème consultation		Entre la 3ème et la 4ème consultation	
	O.R.	p	O.R.	p	O.R.	p
Tranche d'âge						
10-18 ans	- 1 -		- 1 -		- 1 -	
19-22 ans	2,173	0,011	1,007	0,984	0,998	0,997
23-25 ans	3,950	0,003	0,858	0,753	3,117	0,037
26 ans et plus	1,979	0,140	0,826	0,707	1,627	0,464
Sexe						
Homme	1,262	0,454	1,285	0,442	0,432	0,052
Femme	- 1 -		- 1 -		- 1 -	
Fréquence d'usage de cannabis						
Aucun usage de cannabis dans le mois	- 1 -		- 1 -		- 1 -	
1 à 2 usages						
dans le dernier mois	2,488	0,214	3,194	0,102	0,492	0,435
3 à 9 usages	2,463	0,149	5,227	0,011	0,573	0,448
10 à 19 usages	1,633	0,441	4,190	0,031	0,398	0,237
20 à 29 usages	3,198	0,152	5,509	0,019	0,870	0,879
Usage quotidien						
dans le dernier mois	1,528	0,449	3,297	0,035	0,590	0,406
Origine du recours						
Adressé par la justice	0,642	0,127	0,902	0,748	0,746	0,468
Autre démarche	- 1 -		- 1 -		- 1 -	
Situation scolaire						
Déscolarisé et sans emploi	- 1 -		- 1 -		- 1 -	
Scolarisé	0,578	0,131	0,588	0,181	0,682	0,413
Actif	0,569	0,113	1,203	0,629	1,165	0,730
Structure de rattachement						
CSST	0,691	0,254	0,729	0,385	4,272	0,011
Autre établissement	- 1 -		- 1 -		- 1 -	
Type de professionnel rencontré						
Vu par éducateur	- 1 -		- 1 -		- 1 -	
Vu par infirmier	0,380	0,017	0,852	0,734	2,174	0,169
Vu par médecin	0,216	0,001	0,447	0,064	2,244	0,145
Vu par psychologue	0,406	0,011	0,863	0,692	1,229	0,647
Vu par autre	27,140	0,094	1,807	0,501	2,313	0,221
Délai Rdv (jours)	1,169	0,002	1,079	0,000	1,041	0,000
Chi²	685,696		482,678		79,834	
R²	0,762		0,723		0,333	

N.B. : les odds ratio significativement différents de 1 selon le test d Chi-2 de Wald au seuil de 0,05 sont indiqués en caractères gras.

Lecture : Toutes choses égales par ailleurs, les consultants âgés de 19 à 22 ans ont 2,173 fois plus de chances que les consultants âgés de 10 à 18 ans d'abandonner le parcours de consultation. Cette relation est significative, p étant inférieur à 0,05.

À partir de la 3^{ème} consultation, le public qui décroche présente des traits particuliers. On relève un effet de l'âge et du sexe significatif, ainsi qu'un effet de la structure de rattachement de la consultation cannabis :

- parmi les consultants, les jeunes adultes de 23 à 25 ans ont 3 fois plus de chances que les mineurs d'abandonner le suivi. On peut faire l'hypothèse que ces consommateurs, plus expérimentés, jugent qu'après 3 consultations, leur besoin de prise en charge a été satisfait et qu'ils peuvent donc quitter le dispositif.
- En outre, les femmes tendent à « décrocher » globalement plus souvent que les hommes après la 3^{ème} consultation – sans qu'on puisse l'expliquer à l'aide des données de l'enquête.
- Enfin, les abandons sont, à ce stade du suivi, 4 fois plus fréquents dans les consultations cannabis rattachées à un CSST.

Tout se passe comme si les consultants se sentaient capables, à l'issue de 3 séances, d'évaluer leur propre besoin de prise en charge : ils tendent donc à abandonner le suivi. La profession du clinicien rencontré en consultation ne joue d'ailleurs plus de façon significative entre la 3^{ème} et la 4^{ème} consultation.

Enfin, le délai entre les consultations a une importance considérable. Il est indiscutablement un facteur d'abandon, puisqu'il démultiplie les chances d'abandon après la 1^{ère} consultation, joue de façon un peu moins marquée après la 2^{ème} et encore un peu moins fortement encore (mais de façon encore significative) après la 3^{ème} visite. Ainsi, chaque jour supplémentaire d'attente accroît les chances d'abandon de 17 % après la 1^{ère} séance. Autrement dit, une semaine d'attente entre la 1^{ère} et la 2^{ème} consultation multiplie par 3 les chances de *drop out* (1,1697). Plus le consultant est avancé dans le suivi, moins le délai d'attente intervient comme facteur d'abandon. Après la deuxième séance, chaque jour d'attente supplémentaire augmente les chances d'abandon de 8 % et après la troisième visite, de 4 %.

Orientation vers d'autres structures en fonction du diagnostic d'usage

Quel que soit le stade où elles interviennent (après la 1^{ère}, 2^{ème}... n^{ème} consultation), les orientations vers un CSST sont majoritaires, quel que soit le diagnostic. Les CSST prennent toutefois le relais d'autant plus fréquemment que le diagnostic se rapproche de l'abus ou de la dépendance : 58 % des usagers diagnostiqués dépendants sont renvoyés vers un CSST, contre 45 % des usagers simples (qui, le plus souvent, ont été vus par un éducateur ou un infirmier dans une consultation rattachée à un CSST, avant d'être « naturellement » orientés vers le psychologue de la structure-mère).

Suivi offert en « consultation cannabis »

La part des orientations vers d'autres structures est d'autant plus importante que l'usage est jugé peu problématique. La palette des structures d'orientation possibles en cas d'usage « simple » est large : groupe d'échange ou de parole, point accueil/écoute, structure sportive, association de thérapie familiale, etc. Dans le cas des usagers diagnostiqués dépendants, il s'agit le plus souvent d'une orientation vers un suivi psychiatrique à l'hôpital.

Tableau 34 - Orientation vers une autre structure parmi les primo-consultants bénéficiaires d'1 à 5 consultations (n=544)

	Usage	Usage à risque	Usage nocif/abus	Dépendance
	n= 68	113	133	208
CSST	44 %	44 %	49 %	57 %
CCAA	1 %	12 %	9 %	8 %
Médecin de ville / psychiatre	7 %	1 %	2 %	4 %
Médecin généraliste	10 %	10 %	5 %	7 %
CMP / CMPP	3 %	5 %	6 %	6 %
Service social	0 %	1 %	2 %	1 %
Autre	34 %	27 %	27 %	18 %

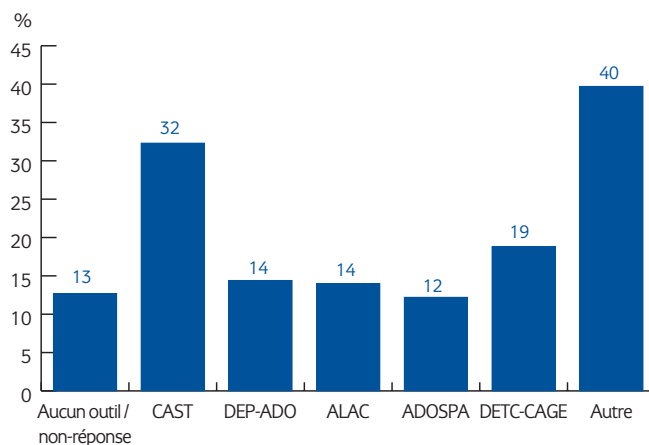
Il faut évidemment rapporter la variété des pratiques d'orientation aux éléments du diagnostic : fréquence et intensité de consommation, usages d'autres produits psychoactifs, âge du consultant et ancienneté de la consommation de cannabis, etc.

Des pratiques professionnelles hétérogènes

Les pratiques de repérage des consommations nocives

Près de 40 % des consultations cannabis utilisent des tests de repérage autres que les outils validés mentionnés dans le questionnaire²⁹. Il s'agit aux deux tiers de consultations recevant moins de 10 consommateurs par mois (d'après les chiffres du recueil mensuel collectés pour les mois de mars et avril 2005).

Figure 27 - Outils diagnostiques utilisés par les consultations cannabis (sur 229 consultations)



N.B. : la somme des pourcentages est supérieure à 100 % du fait des réponses multiples : certaines consultations mettent en œuvre plusieurs tests à la fois

²⁹ Pour une présentation plus détaillée de ces outils diagnostiques, voir dans la 5ème partie l'encadré intitulé « repérer et évaluer les consommations nocives de cannabis et d'autres substances psychoactives ». Pour en savoir plus, cf. « De l'observation des usages à la mesure de l'usage problématique de cannabis. Eléments de comparaisons internationales », in « L'usage problématique de cannabis », numéro spécial Toxibase-Crips, Revue Toxibase n° 12 / Lettre du CRIPS n° 70, février 2004.

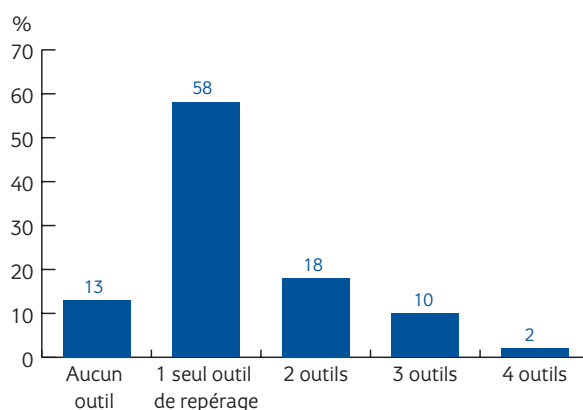
Suivi offert en « consultation cannabis »

Parmi les outils reconnus, le CAST (qui était destiné à être utilisé dans les consultations cannabis) arrive en tête : il est utilisé par un tiers des consultations³⁰. Le DETC-CAGE fait partie de la pratique d'une consultation sur cinq, devant le DEP-ADO (14 %), l'ALAC (14 %) et l'ADOSPA (12 %).

En outre, près de 13 % des consultations cannabis n'utilisent aucun outil de repérage pour caractériser l'usage des consultants accueillis (hypothèse haute). Ce pourcentage correspond aux consultations qui n'ont déclaré aucun test de repérage, pour aucun des consommateurs reçus : il est donc probablement surestimé car il comprend une part de non-réponses à la question.

La majorité des consultations cannabis utilisent un seul outil de repérage (58 %). Près de 20 % d'entre elles utilisent deux tests. Le quart de consultations cannabis restant se partage entre celles qui n'utilisent aucun outil de repérage (13 %) et celles qui en utilisent 3 ou plus (12 %).

Figure 28 - Nombre d'outils de repérage utilisés, par consultation cannabis (n=229)



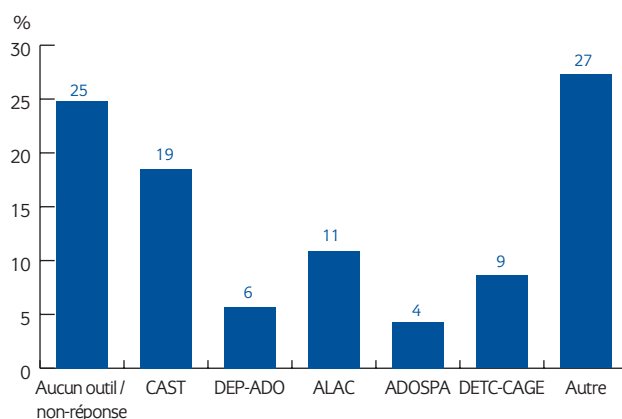
Si l'on observe les tests de repérage utilisés, du point de vue du public reçu, on note que près de la moitié des consommateurs (48 %) ont fait l'objet d'un diagnostic d'usage soutenu par des outils diagnostiques validés.

³⁰ Cf. Escapad 2003, chapitre sur « le repérage des usagers problématiques de cannabis par le test CAST », p. 161.

À l'inverse, plus d'un quart des consultants ont fait l'objet d'un diagnostic d'usage fondé sur des grilles de repérage autres que les tests validés. Le type d'usage d'un deuxième quart de consommateurs a été diagnostiqué sans outil de repérage, quel qu'il soit.

Parmi les 2 198 consommateurs interrogés sur leur consommation à l'aide d'un test de repérage, près de 10 % ont été appréhendés avec deux outils de repérage et moins de 2 % avec trois tests différents.

Figure 29 - Répartition des consommateurs, par type de test de repérage mis en œuvre (n=3006)



N.B. : la somme des pourcentages est supérieure à 100 % du fait des réponses multiples : l'usage de certains consommateurs a été évalué à l'aide de plusieurs techniques de repérage.

Conclusion

Cette enquête fait apparaître sept caractéristiques principales des « consultations cannabis » :

1- Les « consultations cannabis » accueillent bien le public ciblé : il s'agit à plus de 70 % de consommateurs de cannabis, âgés de moins de 25 ans à 90 %, ou bien, pour près de 30 %, de personnes de l'entourage d'un consommateur, pour la plupart des parents, venus le plus souvent accompagner leur enfant en consultation.

2- Les consultations cannabis accueillent trois types de populations : 38 % des consommateurs ont été orientés par la justice, 31 % ont été adressés par un tiers de l'entourage (famille ou environnement éducatif) et 31 % sont venus spontanément.

3- La majorité des consommateurs reçus déclarent un usage régulier ou quotidien de cannabis (63 %). Environ un sur dix n'a toutefois pas du tout consommé de cannabis dans le mois précédant la visite en consultation. En outre, la fréquence et l'intensité de la consommation apparaissent étroitement corrélées dans les cas d'usage régulier de cannabis : la moitié des usagers quotidiens de cannabis déclarent fumer au moins 5 joints un jour de consommation.

4- Les primo-consultants représentent près des deux tiers des consommateurs vus un mois donné. Ils sont vus deux fois en moyenne, ce qui recouvre une diversité des situations : près de la moitié des consommateurs (47 %) sont vus une seule fois ; les suivis en 2 consultations concernent 23 % des consommateurs, contre 30 % de suivis d'une durée de trois consultations ou plus. Le délai d'attente moyen pour un premier contact est d'une semaine environ. Les usagers jugés « non problématiques » sont renvoyés vers une structure externe (groupe de parole, point écoute, etc.), tandis que ceux qui font l'objet d'un diagnostic plus « alarmant » sont invités à poursuivre l'évaluation (usagers « à risque ») ou sont orientés vers une structure spécialisée de prise en charge (en cas d'usage nocif ou de dépendance), le plus souvent un CSST.

5- Les consommateurs adressés par la justice présentent un profil spécifique : il s'agit deux fois plus souvent de garçons que de filles, et leur consommation de cannabis est plus modérée que celle des consultants venus spontanément ou sur suggestion d'un tiers. À consommation égale, la durée de leur suivi est moins longue.

6- L'enquête permet d'estimer un « taux de décrochage » (ou *drop out*) des consultants accueillis dans le dispositif des consultations cannabis. Il avoisine 30 %, ce qui, sous réserve d'investigations ultérieures, ne relève pas nécessairement d'échecs mettant en cause la qualité des prises en charge. Il culmine après la première et la deuxième consultation. On peut observer, à cet égard, que la présence d'un médecin lors de la première visite accroît les chances de « garder » les consultants dans le dispositif.

7- Les pratiques professionnelles sont relativement hétérogènes : près de la moitié des consultations seulement utiliseraient des outils validés de repérage des consommations abusives. Les autres tests utilisés sont pour la plupart des grilles de repérage élaborées en interne. Il semble par ailleurs que l'outil diagnostique utilisé module les chances d'être diagnostiqué « dépendant » plutôt que relevant d'un usage nocif, ou en usage nocif plutôt qu'à risque. En revanche, la durée des prises en charge est parfaitement cohérente avec les résultats des repérages.

En outre, cette enquête fournit des matériaux opérationnels grâce à une meilleure connaissance des facteurs associés aux différents profils d'usage, ainsi qu'une caractérisation plus fine de sous-populations particulières (usagers dépendants ou déclarant une consommation abusive, usagers adressés par la justice, etc.). Elle propose également un panorama des pratiques professionnelles, du point de vue des critères de formulation du diagnostic d'usage.

À l'avenir, ses résultats pourront être confrontés à d'autres sources. La première édition de cette enquête a été centrée sur l'effectivité des consultations, sans chercher à mesurer leur impact : après deux ou trois années de fonctionnement, une comparaison avec les files actives de patients venus en CSST ou en CCAA pour un problème de cannabis pourra permettre d'avancer des hypothèses sur les éventuels effets de report du public demandeur de soins des structures traditionnelles vers les consultations cannabis, ou sur les mécanismes de sélection de certains types de clientèle.

Annexes

Liste des tableaux et graphiques 95

Bibliographie 99

Questionnaire

*Nombre de réponses et taux de retour
des consultations cannabis par département*

Liste des tableaux et figures

Tableaux

Tableau 1 - Taux de réponse à l'enquête, par région	18
Tableau 2 - Structure de l'échantillon selon le rattachement institutionnel de la « consultation cannabis » répondante	19
Mode de remplissage des questionnaires (partie « consultant » et partie « entourage »)	21
Tableau 3 - Répartition des files actives de consommateurs dans l'enquête un mois donné et dans le dispositif de recueil mensuel	24
Tableau 4 - Répartition des consommateurs reçus en consultation de diagnostic un mois donné	27
Tableau 5 - Répartition des consultants de l'échantillon par région et par sexe (consommateurs)	28
Tableau 6 - Situation scolaire ou professionnelle des consultants, par sexe, entre 17 et 25 ans	30
Tableau 7 - Classe des scolarisés en fonction de l'âge et du sexe parmi les plus jeunes consultants	31
Tableau 8 - Situation scolaire ou professionnelle des consultants âgés de 18 ans	32
Tableau 9 - Part de chômeurs et de personnes occupant un emploi, parmi les actifs, par sexe (17-28 ans) (797 actifs, sur 2132 consultants de 17 à 28 ans)	33
Tableau 10 - Part de jeunes consommateurs accompagnés d'au moins une personne de l'entourage, par tranche d'âge et par sexe	35
Tableau 11 - Nombre de joints fumés un jour de consommation, par tranche d'âge	40
Tableau 12 - Part d'usagers déclarant fumer au moins 5 joints un jour de consommation, selon la fréquence d'usage de cannabis	41
Tableau 13 - Nombre de joints fumés un jour de consommation, en fonction de la fréquence de l'usage, chez les usagers occasionnels de cannabis âgés de 14 à 25 ans	42
Tableau 14 - Âge moyen d'expérimentation du cannabis chez les consultants âgés de 15 à 25 ans	43
Tableau 15 - Âge moyen d'expérimentation du cannabis, par tranche d'âge et par sexe	43
Tableau 16 - Nombre de cigarettes fumées par jour au cours des 30 derniers jours, selon la fréquence d'usage du cannabis	45
Tableau 17 - Usage quotidien de tabac dans les 30 derniers jours, par fréquence d'usage du cannabis et par sexe	46

Annexes

Tableau 18 - Nombre de cigarettes fumées au cours des 30 derniers jours parmi les fumeurs quotidiens, par sexe et par fréquence d'usage du cannabis	46
Tableau 19 - Fréquence des usages d'alcool au cours des 30 derniers jours, selon la fréquence d'usage du cannabis	48
Tableau 20 - Usages d'ecstasy parmi les consommateurs âgés de 17-18 ans reçus en consultation cannabis / en population générale	49
Tableau 21 - Fréquence de consommation de cannabis selon l'origine du recours à la consultation, par sexe	54
Tableau 22 - Structure régionale des modalités de recours aux consultations de diagnostic	58
Tableau 23 - Modélisation logistique du profil des consultants adressés par la justice (odds ratios ajustés et seuils de significativité)	59
Tableau 24 - Nature de la demande de l'entourage d'un consommateur	60
Tableau 25 - Modélisation logistique des facteurs liés au diagnostic	69
Tableau 26 - Nombre de consultations par individu selon la modalité de recours à la consultation	78
Tableau 27 - Nombre de consultations par individu (en fonction du rang de consultation), selon l'origine du recours à la consultation, chez les usagers diagnostiqués nocifs ou dépendants	79
Tableau 28 - Nombre de consultations par individu (en fonction du rang de consultation), selon la situation actuelle, chez les usagers diagnostiqués dépendants	79
Tableau 29 - Délai d'attente pour un rendez-vous en consultation cannabis	80
Tableau 30 - Délai moyen entre deux consultations selon le stade du suivi et délai maximum	81
Tableau 31 - Part de consultations individuelles et en groupe, par tranche d'âge et selon le stade d'évaluation	82
Tableau 32 - Type de personnel d'accueil, selon la fréquence d'usage de cannabis du consommateur reçu pour une première consultation	83
Tableau 33 - Modélisation logistique des facteurs liés au drop out (odds ratios ajustés et seuils de significativité)	87
Tableau 34 - Orientation vers une autre structure parmi les primo-consultants bénéficiaires d'1 à 5 consultations	89

Figures

Figure 1 - Structure du public reçu en consultation un mois donné	22
Figure 2 - Structure du public accueilli en consultation entre mars 2005 et avril 2006	23
Figure 3 - Répartition des consommateurs reçus en consultation de diagnostic un mois donné, par tranche d'âge, en effectifs et en %	27
Figure 4 - Situation au moment de l'enquête des usagers âgés de 14 à 28 ans	29

Enquête sur les personnes accueillies en consultation cannabis en 2005

Figure 5 - Situation scolaire des consommateurs venus consulter, par sexe, entre 17 et 19 ans	31
Figure 6 - État du parcours scolaire des consultants à 17-18 ans, par sexe	33
Figure 7 - Lien de parenté avec le consommateur des personnes de l'entourage reçues en consultation	34
Figure 8 - Répartition des consommateurs reçus en consultation par type d'usage et par sexe	38
Figure 9 - Part d'usagers réguliers ou quotidiens de cannabis par sexe et par tranche d'âge, entre 14 et 25 ans	39
Figure 10 - Âge moyen d'expérimentation du cannabis selon l'âge des consommateurs à la date de consultation et la fréquence d'usage actuelle	44
Figure 11 - Âges d'expérimentation moyens du cannabis et du tabac, par sexe	47
Figure 12 - Usage régulier d'alcool (au moins 10 épisodes de consommation dans les trente derniers jours) par fréquence d'usage du cannabis parmi les consultants	48
Figure 13 - Modalités de recours à la consultation parmi les consommateurs venus en consultation, par sexe	53
Figure 14 - Modalités de recours à la consultation par tranche d'âge	53
Figure 15 - Part d'usagers faisant l'objet d'un diagnostic de consommation « simple », « à risque », « nocive » ou d'un diagnostic de dépendance, selon le motif de recours à la consultation	55
Figure 16 - Nature de la demande de l'entourage lors des consultations accompagnées concernant des consommateurs âgés de 14 à 25 ans	61
Figure 17 - Structure des diagnostics d'usage, par sexe	63
Figure 18 - Type d'usagers reçus en consultation, par tranche d'âge	65
Figure 19 - Type d'usage diagnostiqué chez les consultants âgés de 18 à 25 ans, par type de situation actuelle	66
Figure 20 - Diagnostic selon la fréquence de consommation de cannabis, sur 2408 consultants	67
Figure 21 - Âge moyen d'expérimentation du cannabis (en années) selon l'âge actuel du consommateur et le diagnostic d'usage	72
Figure 22 - Type d'usage diagnostiqué chez les consultants venus pour la première fois et les autres consultants	75
Figure 23 - Nombre de consultations dans une période de 14 semaines parmi les primo-consultants	76
Figure 24 - Nombre de consultations sur une période de 14 semaines maximum, selon le diagnostic d'usage à la 1 ^{ère} consultation	77
Figure 25 - Suite donnée à la première consultation, selon le diagnostic d'usage	84
Figure 26 - Estimation indicative du taux d'abandon (consultants non revus malgré une invitation à poursuivre l'évaluation)	85
Figure 27 - Outils diagnostiques utilisés par les consultations cannabis	90
Figure 28 - Nombre d'outils de repérage utilisés, par consultation cannabis	91
Figure 29 - Répartition des consommateurs, par type de test de repérage mis en œuvre	92

Bibliographie

ALIAGA (C.), « Les femmes plus attentives à leur santé que les hommes », *INSEE Première*, n°869, Paris, octobre 2002.

BARRÉ (M.-D.), « Toxicomanie et délinquance : relations et artefacts », *Déviance et Société*, 1996, 20, 4, p.299-315.

BECK (F.), LEGLEYE (S.), SPILKA (S.), *Drogues à l'adolescence. Niveaux et contextes d'usage de substances psychoactives à 17-18 ans en France : ESCAPAD 2003*, Saint-Denis, OFDT, 2004, 251 p. (<http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/ofdt/publi/rapports/rap04/epfxfbka.html>)

SETBON (M.), « Drogue facteur de délinquance ? D'une image à son usage », *Revue Française de Science Politique*, 1995, 45, 5, p.747-774.

Enquête Ministère de la Santé / MILDT / OFDT

Jeunes accueillis en consultation cannabis

du 15 mars au 15 avril 2005

Mot de passe d'accès au site Internet de l'OFDT
(communiqué pour remplir les fiches de recueil mensuel) :

À retourner avant le 1er juillet 2005 à :
OFDT
3, avenue du Stade de France
93218 Saint-Denis La Plaine cedex

Fiche jeune consultant

1. Le consultant

Nouveau consultant ☐ Oui ☐ Non

Date de la consultation (jj/mm/aa) ____/____/____

Sexe ☐ Féminin ☐ Masculin Date de naissance (mm/aa) ____/____	Situation actuelle (plusieurs réponses) ☐ Travaille ☐ Chômage ☐ Etudiant, ☐ Lycéen (ou collégien) ☐ En apprentissage ou en format. alternée ☐ Sans activité	Situation scolaire (1 seule réponse : année en cours ou dernière classe fréquentée si non scolaire) ☐ CAP ☐ BEP ☐ 6è, 5è, 4è, ou 3è ☐ Seconde ☐ Première ☐ Terminale ☐ 1ère année Bac Pro ☐ Terminale Bac Pro ☐ Enseignement supérieur ☐ Autre Précisez : ☐ Plus scolarisé	Origine de la démarche (1 seule réponse) ☐ Spontanée ☐ Adressé par la justice ☐ Autre ☐ Ne sait pas
---	--	--	---

Substances consommées Alcool Cannabis Ecstasy Autres Autres	Fréquence de consommation (mois passé) choisir un chiffre dans la liste ____/____ ____/____ ____/____ ____/____ ____/____ 1. 0 fois 2. 1 ou 2 fois 3. Entre 3 et 9 fois 4. Entre 10 et 19 fois 5. Entre 20 et 29 fois 6. Tous les jours	Âge de début de consommation ____/____ ____/____ ____/____ ____/____ ____/____	Consommation de cigarettes au cours des 30 derniers jours ☐ Aucune ☐ Moins d'une par jour ☐ Entre 1 et 5 par jour ☐ Entre 6 et 10 par jour ☐ Entre 11 et 20 par jour ☐ Plus de 20 par jour Âge de début de consommation du tabac ____/____
--	---	--	--

Quantités consommées un jour de consommation Alcool : nombre de verres ____/____ Cannabis : nombre de joints ____/____

Évaluation de l'usage de cannabis	
Outil d'évaluation utilisé ☐ CAST ☐ DEP-ADO ☐ ALAC ☐ ADOSPA ☐ DETC-CAGE-Cannabis ☐ Autre (précisez) :	Évaluation ☐ Usage ☐ Usage à risque ☐ Usage nocif/abus ☐ Dépendance

2. Les consultations

Consultation N° 1 - Date de prise de rendez-vous : ____/____/____

Date consultation : ____/____/____

Présent à la consultation : <i>(plusieurs réponses possibles)</i> ☐ Jeune ☐ Père ☐ Mère ☐ Autre famille ☐ Amis ☐ Autre Type de consultation : ☐ Individuelle ☐ En groupe	Vu par : <i>(plusieurs réponses possibles)</i> ☐ Éducateur ☐ Infirmier ☐ Médecin ☐ Psychologue ☐ Autre	Orientation à l'issue de la consultation <i>(une seule réponse possible)</i> ☐ CSST ☐ CCAA ☐ Médecin de ville psychiatre ☐ Médecin généraliste ☐ CMP/CMPP ☐ Service social ☐ Autre (préciser) :
	Orientation à l'issue de la consultation <i>(une seule réponse possible)</i> ☐ Poursuite de l'évaluation non nécessaire ☐ Poursuite de l'évaluation ☐ Orientation vers autre structure/professionnel	

Consultation N° 2 - Date de prise de rendez-vous : ____/____/____

Date consultation : ____/____/____

Présent à la consultation : <i>(plusieurs réponses possibles)</i> ☐ Jeune ☐ Père ☐ Mère ☐ Autre famille ☐ Amis ☐ Autre Type de consultation : ☐ Individuelle ☐ En groupe	Vu par : <i>(plusieurs réponses possibles)</i> ☐ Éducateur ☐ Infirmier ☐ Médecin ☐ Psychologue ☐ Autre	Orientation à l'issue de la consultation <i>(une seule réponse possible)</i> ☐ CSST ☐ CCAA ☐ Médecin de ville psychiatre ☐ Médecin généraliste ☐ CMP/CMPP ☐ Service social ☐ Autre (préciser) :
	Orientation à l'issue de la consultation <i>(une seule réponse possible)</i> ☐ Poursuite de l'évaluation non nécessaire ☐ Poursuite de l'évaluation ☐ Orientation vers autre structure/professionnel	

Consultation N° 3 - Date de prise de rendez-vous : ____/____/____

Date consultation : ____/____/____

Présent à la consultation : <i>(plusieurs réponses possibles)</i> ☐ Jeune ☐ Père ☐ Mère ☐ Autre famille ☐ Amis ☐ Autre Type de consultation : ☐ Individuelle ☐ En groupe	Vu par : <i>(plusieurs réponses possibles)</i> ☐ Éducateur ☐ Infirmier ☐ Médecin ☐ Psychologue ☐ Autre	Orientation à l'issue de la consultation <i>(une seule réponse possible)</i> ☐ CSST ☐ CCAA ☐ Médecin de ville psychiatre ☐ Médecin généraliste ☐ CMP/CMPP ☐ Service social ☐ Autre (préciser) :
	Orientation à l'issue de la consultation <i>(une seule réponse possible)</i> ☐ Poursuite de l'évaluation non nécessaire ☐ Poursuite de l'évaluation ☐ Orientation vers autre structure/professionnel	

Consultation N° 4 - Date de prise de rendez-vous : ____/____/____

Date consultation : ____/____/____

Présent à la consultation : <i>(plusieurs réponses possibles)</i> ☐ Jeune ☐ Père ☐ Mère ☐ Autre famille ☐ Amis ☐ Autre Type de consultation : ☐ Individuelle ☐ En groupe	Vu par : <i>(plusieurs réponses possibles)</i> ☐ Éducateur ☐ Infirmier ☐ Médecin ☐ Psychologue ☐ Autre	Orientation à l'issue de la consultation <i>(une seule réponse possible)</i> ☐ CSST ☐ CCAA ☐ Médecin de ville psychiatre ☐ Médecin généraliste ☐ CMP/CMPP ☐ Service social ☐ Autre (préciser) :
	Orientation à l'issue de la consultation <i>(une seule réponse possible)</i> ☐ Poursuite de l'évaluation non nécessaire ☐ Poursuite de l'évaluation ☐ Orientation vers autre structure/professionnel	

Consultation N° 5 - Date de prise de rendez-vous : ____/____/____

Date consultation : ____/____/____

Présent à la consultation : <i>(plusieurs réponses possibles)</i> ☐ Jeune ☐ Père ☐ Mère ☐ Autre famille ☐ Amis ☐ Autre Type de consultation : ☐ Individuelle ☐ En groupe	Vu par : <i>(plusieurs réponses possibles)</i> ☐ Éducateur ☐ Infirmier ☐ Médecin ☐ Psychologue ☐ Autre	Orientation à l'issue de la consultation <i>(une seule réponse possible)</i> ☐ CSST ☐ CCAA ☐ Médecin de ville psychiatre ☐ Médecin généraliste ☐ CMP/CMPP ☐ Service social ☐ Autre (préciser) :
	Orientation à l'issue de la consultation <i>(une seule réponse possible)</i> ☐ Poursuite de l'évaluation non nécessaire ☐ Poursuite de l'évaluation ☐ Orientation vers autre structure/professionnel	

Fiche d'accueil de l'entourage

Date 1er entretien (jj/mm/aa) ____/____/____

Personne 1 de l'entourage venue consulter		
Lien avec le jeune consommateur ☐ Parent ☐ Conjoint/ compagnon du parent ☐ Membre de la fratrie ☐ Autre Sexe : ☐ Féminin ☐ Masculin	Demande ☐ Information ☐ Conseil sur la conduite à tenir ☐ Demande de prise en charge du jeune ☐ Demande de soutien ☐ Autre	Jeune consommateur (si absent) Sexe : ☐ Féminin ☐ Masculin Date de naissance (mm/aa) ____/____

Personne 2 de l'entourage venue consulter		
Lien avec le jeune consommateur ☐ Parent ☐ Conjoint/ compagnon du parent ☐ Membre de la fratrie ☐ Autre Sexe : ☐ Féminin ☐ Masculin	Demande ☐ Information ☐ Conseil sur la conduite à tenir ☐ Demande de prise en charge du jeune ☐ Demande de soutien ☐ Autre	Jeune consommateur (si absent) Sexe : ☐ Féminin ☐ Masculin Date de naissance (mm/aa) ____/____

Guide de remplissage

Mot de passe d'accès au site Internet de l'OFDT : il s'agit du mot de passe qui vous a été communiqué pour remplir les fiches de recueil mensuel, généralement un nom de ville ou de pays.

Fiche jeune consultant

Critère d'inclusion : toute personne accueillie, du 15 mars au 15 avril 2005, au sein d'une consultation cannabis désignée, pour évoquer sa propre consommation de substances psychoactives.

1. Le consultant (à remplir entre le 15 mars et le 15 avril 2005).

Nouveau consultant : cocher « oui » si le consultant est vu pour la première fois entre le 15 mars et le 15 avril 2005 ; « non » s'il a déjà été suivi dans le cadre d'une ou plusieurs consultations antérieures.

Date de la consultation : date du jour de consultation, c'est-à-dire du jour où la fiche est remplie pour la première fois.

Substances consommées : il s'agit des consommations actuelles, à la date de remplissage de la fiche. Toutes les cases doivent être complétées.

Fréquence de consommation : la fréquence de consommation est un indicateur de la sévérité de l'usage de drogue. Elle fait référence aux 30 jours qui précèdent le début de la prise en charge.

Âge de début de consommation : pour le **cannabis**, l'**ecstasy** et les **substances illicites**, il s'agit de l'âge de la première consommation du produit. Pour l'**alcool**, il faut se référer au début de l'usage à risque : il peut donc s'agir du début de la consommation régulière ou de la survenue de plus d'une ivresse au cours des derniers mois chez un mineur, d'une consommation quotidienne supérieure à 3 ou 4 verres chez un homme adulte (2 ou 3 chez une femme) ou de la répétition d'épisodes d'ivresse au cours d'un mois. Ces seuils ne peuvent être définis de façon stricte pour toutes les situations rencontrées et une marge d'appréciation est laissée à l'intervenant.

Âge de début de consommation du tabac : pour le tabac, il s'agit de l'âge auquel la consommation est devenue quotidienne.

Quantités consommées un jour de consommation : quantité typique consommée, pendant un jour, du produit concerné.

Évaluation de l'usage de cannabis – 2 items :

Outil d'évaluation utilisé : test d'évaluation utilisé au cours de la consultation pour caractériser le type d'usage de cannabis observé chez le consultant - à choisir parmi les tests ci-dessous (si autre, préciser) :

- ☐ **CAST** (Cannabis Abuse Screening Test) : test de dépistage en 6 questions conçu par l'OFDT, utilisé dans l'enquête ESCAPAD.
- ☐ **DEP-ADO** (DEPistage de consommation problématique d'alcool et de drogue chez les ADOlescents) : test de dépistage en 7 questions, adaptation française du questionnaire élaboré par le RISQ québécois (recherche et intervention sur les substances psychoactives).
- ☐ **ADOSPA** (ADOlescents et Substances PsychoActives) : traduction française de la grille « car relax alone forget family or friends troubles », dite CRAFFT, validée aux Etats-Unis, qui comporte 6 questions.
- ☐ **CAGE Cannabis - DETC** (Diminuer, Entourage, Trop, Cannabis) : test en 4 questions, utilisé aux Etats-Unis.
- ☐ **ALAC** (Alcohol, Advisory Council) : test d'évaluation en 11 questions, validé en Nouvelle-Zélande.

Évaluation : résultat de l'évaluation effectuée avec le consultant, en fonction de critères de diagnostic clinique.

- ☐ **Usage** : mode de consommation d'une substance psychoactive qui ne répond ni aux critères de l'usage à risque, ni de l'usage nocif, ni d'une conduite de dépendance.
- ☐ **Usage à risque** : s'applique à un patient dont la consommation n'entraîne pas de dommages immédiats mais des dommages potentiels, soit en raison des circonstances de la consommation (conduite), soit en raison des modalités de la consommation (précocité, cumul de consommations), soit en raison d'un niveau supérieur à certains seuils admis.
- ☐ **Usage nocif** (définition CIM10) : mode de consommation d'une substance psychoactive qui est préjudiciable à la santé. Les complications peuvent être physiques ou psychiques. Dans la définition de la CIM10, seuls les dommages sanitaires sont abordés. Pour ce recueil, il est préconisé d'élargir la notion d'usage nocif en prenant également en compte certains dommages sociaux liés à la consommation de substances psychoactives (problèmes en lien avec la scolarité, problèmes avec la loi, etc.).
- ☐ **Dépendance (syndrome)** (définition CIM10) : ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques survenant à la suite de la consommation répétée d'une substance psychoactive, typiquement associés à un désir puissant de prendre la drogue, à une difficulté de contrôler la consommation, à une poursuite de la consommation malgré des conséquences nocives, à un désinvestissement progressif des autres activités et obligations au profit de la consommation de cette drogue, à une tolérance accrue, et, parfois, à un syndrome de sevrage physique.

2. Les consultations (à compléter entre le 15 mars et le 30 juin 2005).

ATTENTION : si la (ou les) première(s) consultation(s) a/ont eu lieu avant le 15 mars 2005, il faut commencer à remplir le questionnaire à partir de la consultation n (2ème, 3ème, 4ème ou 5ème consultation).

Exemple : entre le 15 mars et le 15 avril 2005, je reçois une personne qui vient pour une 3ème consultation. Je laisse les champs « consultation N°1 » et « consultation N°2 » vides, je remplis le champ « consultation N°3 » et compléterai, le cas échéant, d'ici le 30 juin, les champs « consultation N°4 » et « consultation N°5 ».

Consultation N°1 - Date de prise de rendez-vous : date à laquelle, le cas échéant, le rendez-vous a été sollicité par le consultant.

Consultation N°1/2/3/4/5 - Date consultation : date du jour de consultation, donc du jour où la fiche est remplie.

Fiche d'accueil de l'entourage

Critère d'inclusion : tout membre de l'entourage du jeune usager de substances psychoactives, venu en consultation en présence ou en l'absence du jeune usager en question, entre le 15 mars et le 15 avril 2005.

Nombre de réponses et taux de retour des consultations cannabis par département

Dép	Nom du département	Lieux de consultation	Nombre total de consultations	Nombre de consultations incluses dans l'enquête
01	Ain	Ambérieu en Bugey, Bellegarde sur Valserine, Bourg-en-Bresse (2), Châtillon sur Chalaronne, Gex, Oyonnax, Saint Maurice de Beynost	8	8
02	Aisne	Laon, Soissons	2	2
03	Allier	Moulins	1	1
04	Alpes-de-Haute-Provence	Digne-les-Bains	1	1
05	Hautes-Alpes	Gap	1	1
06	Alpes-Maritimes	Cannes (2), Grasse, Nice	4	3
07	Ardèche	Annonay, Aubenas	2	1
08	Ardennes	Charleville-Mézières	1	1
09	Ariège	Foix	1	1
10	Aube	Troyes	1	1
11	Aude	Carcassonne (2), Narbonne	3	3
12	Aveyron	Rodez	1	1
13	Bouches-du-Rhône	Aix-en-Provence, Arles, Marseille (3)	5	4
14	Calvados	Caen	1	1
15	Cantal	Aurillac	1	1
16	Charente	Angoulême	1	1
17	Charente-Maritime	La Rochelle, Rochefort, Royan, Saintes, Saint Pierre d'Oléron	5	5
18	Cher	Bourges, Vierzon	2	1
19	Corrèze	Brive-la-Gaillarde	1	0
20A	Corse-du-Sud	Ajaccio	1	0
20B	Haute-Corse	Bastia	1	1
21	Côte-d'Or	Auxonne, Châtillon-sur-Seine, Dijon (2), Semur-en-Auxois	5	4
22	Côtes-d'Armor	Dinan, Lannion, Saint Brieuc	3	3
23	Creuse	Guéret	1	1
24	Dordogne	Périgueux	1	0
25	Doubs	Besançon, Montbéliard	2	2
26	Drôme	Valence (2)	2	1
27	Eure	Evreux	1	1
28	Eure-et-Loire	Chartres, Dreux	2	2
29	Finistère	Brest, Morlaix, Quimper	3	3
30	Gard	Nîmes	1	1
31	Haute-Garonne	Toulouse (2)	2	2
32	Gers	Auch	1	1
33	Gironde	Bordeaux	1	1
34	Hérault	Béziers, Montpellier (3)	4	4
35	Ille-et-Vilaine	Dinard, Dol de Bretagne, Fougères, Redon, Rennes (2), Saint Malo, Vitré	8	7
36	Indre	Châteauroux	1	1
37	Indre-et-Loire	Tours	1	1
38	Isère	Bourgoin-Jallieu, Grenoble, Voiron	3	2
39	Jura	Dole, Lons-le-Saunier, Saint Claude	3	3
40	Landes	Dax (2), Mont-de-Marsan (2)	4	3
41	Loir-et-Cher	Blois	1	1
42	Loire	Saint Etienne	1	1
43	Haute-Loire	Le Puy en Velay	1	1
44	Loire-Atlantique	Nantes (2), Saint Nazaire	3	3
45	Loiret	Orléans	1	1
46	Lot	Cahors, Figeac	2	1

Dép	Nom du département	Lieux de consultation	Nombre total de consultations	Nombre de consultations incluses dans l'enquête
47	Lot-et-Garonne	Agen	1	1
48	Lozère	Mende	1	1
49	Maine-et-Loire	Angers (2), Baugé, Beaupreau, Chemillé, Cholet, Saumur, Sègre	8	8
50	Manche	Avranches, Cherbourg-Octeville, Coutances, Granville	4	2
51	Marne	Châlons-en-Champagne, Epernay	2	2
52	Haute-Marne	Chaumont	1	1
53	Mayenne	Château-Gontier, Laval, Mayenne	3	3
54	Meurthe-et-Moselle	Jarny, Mont-Saint-Martin, Nancy	3	3
55	Meuse	Bar-le-Duc, Commercy, Etain, Saint Mihiel, Stenay, Vaucouleurs, Verdun	7	4
56	Morbihan	Lorient, Ploermel, Pontivy, Vannes	4	4
57	Moselle	Forbach, Metz, Sarrebourg, Thionville	4	3
58	Nièvre	Nevers	1	1
59	Nord	Armentières, Bailleul, Cambrai, Faches-Thumesnil, Fourmies, Gravelines, Lille (4), Maubeuge, Roubaix, Templeuve, Valenciennes, Villeneuve d'Ascq	15	14
60	Oise	Clermont de l'Oise	1	1
61	Orne	Alençon, Argentan, Flers, L'Aigle	4	4
62	Pas-de-Calais	Arras, Béthune, Hénin-Beaumont, Saint Omer	4	2
63	Puy-de-Dôme	Clermont-Ferrand	1	1
64	Pyrénées-Atlantiques	Bayonne, Pau (2)	4	4
65	Hautes-Pyrénées	Tarbes	1	1
66	Pyrénées-Orientales	Perpignan	1	1
67	Bas-Rhin	Saverne, Sélestat, Wissembourg (2)	4	4
68	Haut-Rhin	Mulhouse	1	1
69	Rhône	Ecully, Givors, L'Arbresle, Lyon (3), Rillieux-la-Pape, Saint Priest, Villefranche-sur-Saône	9	9
70	Haute-Saône	Vesoul	1	1
71	Saône-et-Loire	Châlon-sur-Saône, Le Creusot, Mâcon, Montceau-les-Mines	4	4
72	Sarthe	Le Mans	1	0
73	Savoie	Albertville, Chambéry	2	2
74	Haute-Savoie	Annecy (2), Annemasse, Sallanches	4	4
75	Paris	9è, 10è, 12è, 13è (2), 14è, 17è, 18è	8	8
76	Seine-Maritime	Bolbec, Dieppe, Elbeuf-sur-Seine, Le Havre, Sotteville-lès-Rouen	5	5
77	Seine-et-Marne	Meaux, Melun, Nangis	3	2
78	Yvelines	Le Chesnay, Mantes-la-Jolie, Poissy, Saint Germain-en-Laye (2), Versailles	6	5
79	Deux-Sèvres	Niort	1	0
80	Somme	Amiens	1	1
81	Tarn	Albi, Castres	2	2
82	Tarn-et-Garonne	Montauban	1	1
83	Var	Fréjus, Toulon	2	2
84	Vaucluse	Avignon (2), Carpentras, L'Isle sur la Sorgue	4	4
85	Vendée	Fontenay-le-Comte, la Roche sur Yon, Luçon, Saint Jean de Monts	4	1
86	Vienne	Châtelleraut, Poitiers	2	1
87	Haute-Vienne	Limoges	1	1
88	Vosges	Epinal, Neufchâteau, Saint Dié	3	3

Dép	Nom du département	Lieux de consultation	Nombre total de consultations	Nombre de consultations incluses dans l'enquête
89	Yonne	Auxerre, Sens	2	2
90	Territoire de Belfort	Belfort	1	1
91	Essonne	Arpajon, Etampes, Evry, Massy	4	4
92	Hauts-de-Seine	Boulogne-Billancourt (2), Bourg-la-Reine, Gennevilliers, Villeneuve-la-Garenne	5	3
93	Seine-Saint-Denis	Aulnay-sous-Bois, Bobigny, Saint-Denis	3	1
94	Val-de-Marne	Ivry-sur-Seine, La Queue-en-Brie, La Varenne Saint Hilaire, Villiers-sur-Marne	4	3
95	Val-d'Oise	Cergy	1	1
972	Martinique	Bourg du Robert, Fort de France, Le Lamentin	3	1
973	Guyane	Cayenne	1	1
974	Réunion	Saint Paul	1	1
TOTAL DEPARTEMENTS			266	229

Enquête sur les personnes accueillies en consultation cannabis en 2005

Citation recommandée

OBRADOVIC (I.), *Enquête sur les personnes accueillies en « consultation cannabis » en 2005*, Saint-Denis, OFDT, 2006, 100 p.