

**THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

**Soutenue publiquement le 25 Octobre 2017
Par Mme Juliette SUAUD**

**EVALUATION DE LA CONSOMMATION DE CANNABIS CHEZ LES
ETUDIANTS**

Membres du jury :

Président : Madame ALLORGE Delphine, Professeur des Universités – Praticien Hospitalier en Toxicologie, Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de Lille

Directeur, Conseiller de thèse : Madame PINÇON Claire, Maitre de Conférences en Biomathématiques, Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de Lille

Membre(s) extérieur(s) :

Monsieur GOSSELIN Benoit, Pharmacien d'Officine, Lambersart
Monsieur MANTEL Bernard, Pharmacien d'Officine, Roubaix



Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de Lille

3, rue du Professeur Laguesse - B.P. 83 - 59006 LILLE CEDEX

☎ 03.20.96.40.40 - 📠 : 03.20.96.43.64

<http://pharmacie.univ-lille2.fr>



Université Lille 2 – Droit et Santé

Président :	Professeur Xavier VANDENDRIESSCHE
Vice-présidents :	Professeur Alain DUROCHER Professeur Régis BORDET Professeur Eric BOULANGER Professeur Frédéric LOBEZ Professeur Murielle GARCIN Professeur Annabelle DERAM Professeur Muriel UBEDA SAILLARD Monsieur Ghislain CORNILLON Monsieur Pierre RAVAUX Monsieur Larbi AIT-HENNANI Madame Nathalie ETHUIN Madame Ilona LEMAITRE
Directeur Général des Services :	Monsieur Pierre-Marie ROBERT

Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques

Doyen :	Professeur Damien CUNY
Vice-Doyen, 1 ^{er} assesseur :	Professeur Bertrand DECAUDIN
Assesseur en charge de la pédagogie	Dr. Annie STANDAERT
Assesseur en charge de la recherche	Pr. Patricia MELNYK
Assesseur délégué à la scolarité	Dr. Christophe BOCHU
Assesseur délégué en charge des relations internationales	Pr. Philippe CHAVATTE
Assesseur délégué en charge de la vie étudiante	M. Thomas MORGENROTH
Chef des services administratifs :	Monsieur Cyrille PORTA

Liste des Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	ALLORGE	Delphine	Toxicologie
M.	BROUSSEAU	Thierry	Biochimie
M.	DECAUDIN	Bertrand	Pharmacie Galénique
M.	DEPREUX	Patrick	ICPAL
M.	DINE	Thierry	Pharmacie clinique
Mme	DUPONT-PRADO	Annabelle	Hématologie
M.	GRESSIER	Bernard	Pharmacologie
M.	LUYCKX	Michel	Pharmacie clinique
M.	ODOU	Pascal	Pharmacie Galénique
Mme	RENNEVILLE	Aline	Hématologie
M.	STAELS	Bart	Biologie Cellulaire

Liste des Professeurs des Universités

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	ALIOUAT	EI Moukhtar	Parasitologie
Mme	AZAROUAL	Nathalie	Physique
M.	BERTHELOT	Pascal	Onco et Neurochimie
M.	CAZIN	Jean-Louis	Pharmacologie – Pharmacie clinique
M.	CHAVATTE	Philippe	ICPAL
M.	COURTECUISSÉ	Régis	Sciences végétales et fongiques
M.	CUNY	Damien	Sciences végétales et fongiques
Mme	DELBAERE	Stéphanie	Physique
M.	DEPREZ	Benoît	Laboratoire de Médicaments et Molécules
Mme	DEPREZ	Rebecca	Laboratoire de Médicaments et Molécules
M.	DUPONT	Frédéric	Sciences végétales et fongiques
M.	DURIEZ	Patrick	Physiologie
M.	FOLIGNE	Benoît	Bactériologie
M.	GARÇON	Guillaume	Toxicologie
Mme	GAYOT	Anne	Pharmacotechnie Industrielle
M.	GOOSSENS	Jean François	Chimie Analytique
M.	HENNEBELLE	Thierry	Pharmacognosie
M.	LEMDANI	Mohamed	Biomathématiques
Mme	LESTAVEL	Sophie	Biologie Cellulaire
M.	LUC	Gerald	Physiologie
Mme	MELNYK	Patricia	Onco et Neurochimie
M.	MILLET	Régis	ICPAL
Mme	MUHR – TAILLEUX	Anne	Biochimie
Mme	PAUMELLE-LESTRELIN	Réjane	Biologie Cellulaire
Mme	PERROY	Anne Catherine	Législation
Mme	ROMOND	Marie Bénédicte	Bactériologie
Mme	SAHPAZ	Sevser	Pharmacognosie
M.	SERGHÉRAERT	Eric	Législation
Mme	SIEPMANN	Florence	Pharmacotechnie Industrielle
M.	SIEPMANN	Juergen	Pharmacotechnie Industrielle
M	TARTAR	André	Laboratoire de Médicaments et Molécules
M.	WILLAND	Nicolas	Laboratoire de Médicaments et Molécules

Liste des Maîtres de Conférences - Praticiens Hospitaliers

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	BALDUYCK	Malika	Biochimie
Mme	GARAT	Anne	Toxicologie
Mme	GOFFARD	Anne	Bactériologie
M.	LANNOY	Damien	Pharmacie Galénique
Mme	ODOU	Marie Françoise	Bactériologie
M.	SIMON	Nicolas	Pharmacie Galénique

Liste des Maîtres de Conférences

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	ALIOUAT	Cécile Marie	Parasitologie
M.	ANTHERIEU	Sébastien	Toxicologie
Mme	AUMERCIER	Pierrette	Biochimie
Mme	BANTUBUNGI	Kadiombo	Biologie cellulaire
Mme	BARTHELEMY	Christine	Pharmacie Galénique
Mme	BEHRA	Josette	Bactériologie
M	BELARBI	Karim	Pharmacologie
M.	BERTHET	Jérôme	Physique
M.	BERTIN	Benjamin	Immunologie
M.	BLANCHEMAIN	Nicolas	Pharmacotechnie industrielle
M.	BOCHU	Christophe	Physique
M.	BORDAGE	Simon	Pharmacognosie
M.	BOSC	Damien	Laboratoire de Médicaments et Molécules
M.	BRIAND	Olivier	Biochimie
Mme	CACHERA	Claude	Biochimie
M.	CARNOY	Christophe	Immunologie
Mme	CARON	Sandrine	Biologie cellulaire
Mme	CHABÉ	Magali	Parasitologie
Mme	CHARTON	Julie	Laboratoire de Médicaments et Molécules
M	CHEVALIER	Dany	Toxicologie
M.	COCHELARD	Dominique	Biomathématiques
Mme	DANEL	Cécile	Chimie Analytique
Mme	DEMANCHE	Christine	Parasitologie
Mme	DEMARQUILLY	Catherine	Biomathématiques
Mme	DUMONT	Julie	Biologie cellulaire
Mme	DUTOIT-AGOURIDAS	Laurence	Onco et Neurochimie
M.	EL BAKALI	Jamal	Onco et Neurochimie
M.	FARCE	Amaury	ICPAL
Mme	FLIPO	Marion	Laboratoire de Médicaments et Molécules
Mme	FOULON	Catherine	Chimie Analytique
M.	FURMAN	Christophe	ICPAL
M.	GELEZ	Philippe	Biomathématiques
Mme	GENAY	Stéphanie	Pharmacie Galénique
M.	GERVOIS	Philippe	Biochimie
Mme	GOOSSENS	Laurence	ICPAL
Mme	GRAVE	Béatrice	Toxicologie
Mme	GROSS	Barbara	Biochimie
M.	HAMONIER	Julien	Biomathématiques
Mme	HAMOUDI	Chérifa Mounira	Pharmacotechnie industrielle
Mme	HANNOTHIAUX	Marie-Hélène	Toxicologie
Mme	HELLEBOID	Audrey	Physiologie
M.	HERMANN	Emmanuel	Immunologie
M.	KAMBIA	Kpakpaga Nicolas	Pharmacologie
M.	KARROUT	Youness	Pharmacotechnie Industrielle
Mme	LALLOYER	Fanny	Biochimie
M.	LEBEGUE	Nicolas	Onco et Neurochimie
Mme	LECOEUR	Marie	Chimie Analytique
Mme	LEHMANN	Hélène	Législation
Mme	LELEU-CHAVAIN	Natascha	ICPAL

Mme	LIPKA	Emmanuelle	Chimie Analytique
Mme	MARTIN	Françoise	Physiologie
M.	MOREAU	Pierre Arthur	Sciences végétales et fongiques
Mme	MUSCHERT	Susanne	Pharmacotechnie industrielle
Mme	NIKASINOVIC	Lydia	Toxicologie
Mme	PINÇON	Claire	Biomathématiques
M.	PIVA	Frank	Biochimie
Mme	PLATEL	Anne	Toxicologie
M.	POURCET	Benoît	Biochimie
M.	RAVAUX	Pierre	Biomathématiques
Mme	RAVEZ	Séverine	Onco et Neurochimie
Mme	RIVIERE	Céline	Pharmacognosie
Mme	ROGER	Nadine	Immunologie
M.	ROUMY	Vincent	Pharmacognosie
Mme	SEBTI	Yasmine	Biochimie
Mme	SINGER	Elisabeth	Bactériologie
Mme	STANDAERT	Annie	Parasitologie
M.	TAGZIRT	Madjid	Hématologie
M.	VILLEMAGNE	Baptiste	Laboratoire de Médicaments et Molécules
M.	WELTI	Stéphane	Sciences végétales et fongiques
M.	YOUS	Saïd	Onco et Neurochimie
M.	ZITOUNI	Djamel	Biomathématiques

Professeurs Agrégés

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	MAYES	Martine	Anglais
M.	MORGENROTH	Thomas	Législation

Professeurs Certifiés

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	HUGES	Dominique	Anglais
Mlle	FAUQUANT	Soline	Anglais
M.	OSTYN	Gaël	Anglais

Professeur Associé - mi-temps

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	DHANANI	Alban	Droit et Economie Pharmaceutique

Maîtres de Conférences ASSOCIES - mi-temps

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	BRICOTEAU	Didier	Biomathématiques
Mme	CUCCHI	Malgorzata	Biomathématiques
M.	FRIMAT	Bruno	Pharmacie Clinique
M.	GILLOT	François	Droit et Economie pharmaceutique
M.	MASCAUT	Daniel	Pharmacie Clinique
M.	ZANETTI	Sébastien	Biomathématiques
M.	BRICOTEAU	Didier	Biomathématiques

AHU

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	DEKYNDT	Bérengère	Pharmacie Galénique
M.	PEREZ	Maxime	Pharmacie Galénique

***Faculté des Sciences Pharmaceutiques
et Biologiques de Lille***

3, rue du Professeur Laguesse - B.P. 83 - 59006 LILLE CEDEX
Tel. : 03.20.96.40.40 - Télécopie : 03.20.96.43.64
<http://pharmacie.univ-lille2.fr>

L'Université n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses ; celles-ci sont propres à leurs auteurs.

REMERCIEMENTS

A ma directrice de thèse : Madame Claire PINÇON,
Pour avoir accepté la direction de cette thèse, merci pour le temps passé sur l'analyse de ces résultats, merci pour votre aide, vos conseils et vos encouragements.

A mon jury de thèse :
Madame Delphine ALLORGE,
De me faire l'honneur de présider cette thèse. Merci pour votre disponibilité.

Monsieur Benoit GOSSELIN,
D'avoir accepté de faire parti de mon jury de thèse, de m'avoir acceptée dans votre officine durant toutes mes années d'études, pour vos conseils et votre expérience tout au long de ces stages. C'était un plaisir de travailler à vos côtés.

Monsieur Bernard MANTEL,
De m'avoir fait l'honneur d'accepter de faire parti de ce jury de thèse. Merci à vous de m'avoir transmis cette envie de travailler en officine durant vos cours à la faculté.

A Gauthier DELABY,
Pour avoir accepté de réaliser l'analyse des résultats de mon questionnaire. Merci à toi pour ce travail et cette aide précieuse.

A mes parents :
Merci à vous de m'avoir portée durant toutes mes années d'études. Merci pour votre soutien, votre présence, votre écoute, votre patience et vos précieux conseils qui m'ont permis de réussir ces 6 années d'études. Merci tout simplement.

A mon frère et mes sœurs :

Merci à vous de m'avoir supportée durant ces examens avec mes doutes et ma mauvaise humeur. Merci de m'avoir aidée et de m'avoir conseillée quand j'en avais besoin.

A ma famille et belle-famille :

A mes grands-parents, mes oncles, mes tantes, mes cousins et cousines.

A Michèle, Gisèle, Charles et Mathilde.

A Flavien :

Merci à toi d'avoir été là, de m'avoir encouragée et soutenue durant toutes ces années. De m'avoir poussée quand je n'y croyais plus, de toujours trouver les mots justes et de m'avoir encouragée pour cette thèse. Je n'y serai pas arrivée sans toi. Merci pour ta patience et la force que tu me donnes pour réussir. J'ai énormément de chance de t'avoir.

A toute l'équipe de la pharmacie GOSSELIN,

Pour tout ce que vous m'avez appris durant toutes mes études, de m'avoir épaulée et soutenue au cours de cette dernière année de pharmacie. Emilie, Corinne, Claire ce fut un réel plaisir de travailler à vos côtés.

A toute l'équipe de la Pharmacie par Nature,

Merci de m'avoir encouragée dans ces derniers moments d'écriture. Merci de m'avoir accueillie dans votre équipe et de me donner l'envie de venir travailler à vos côtés tous les jours. Madame Menet, Audrey, Cécile, Manuela, Mélanie, Margaux, merci pour ces moments professionnels et amicaux.

A mes amis,

Benoit, Augustin, Xavier, Anne-Lise, Cécile, Thomas, Aude-Marie, merci à tous pour ces petits repas en fin de semaine, pour ces week-end passés ensemble, pour ces footings qui finalement se transformaient en marche pour parler plus facilement, pour ces diners à la citadelle, pour ces soirées à refaire le monde, pour notre voyage en Roumanie, pour tous ces moments forts durant nos années de scoutisme, pour tous ces moments de bonheur passés ensemble.

Merci pour votre amitié et votre sincérité.

Elise, Victoria, Elise, Clémence, Asmaa, merci pour tous ces bons moments passés à la faculté. Fini le temps des révisions en BU, des cours en amphi, des examens. Merci pour votre soutien et vos encouragements. Merci pour votre amitié. C'était le bon temps n'empêche ces années avec vous.

Pauline, merci pour cette belle amitié depuis le lycée. Merci à toi de m'avoir encouragée même à l'autre bout de la France, merci à toi d'être présente aujourd'hui.

Fiona, Guillaume, Maxence et Anaïs, merci pour ces apéros entre voisins et ces soirées improvisées. Un merci tout particulier à toi, Fiona, pour m'avoir aidée à comprendre les statistiques. Même en travaillant, c'est toujours un plaisir de passer du temps avec vous.

A Papi, Mamie et Christophe qui de là-haut, j'en suis sûr, sont fiers de moi.

LISTE DES ABREVIATIONS

11-OH-THC : 11-hydroxy-THC

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

ASSIST : Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test

ATU : Autorisation Temporaire d'Utilisation

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

BPCO : BronchoPneumopathie Chronique Obstructive

CAST : Cannabis Abuse Screening Test

CJC : Consultations Jeunes Consommateurs

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

CSP : Code la Santé Publique

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EROPP : Enquête sur les Représentations, Opinions et Perceptions sur les
Psychotropes

HAS : Haute Autorité de Santé

IDM : Infarctus du Myocarde

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OFDT : Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies

SMEREP : Société Mutualiste des Etudiants de la Région Parisienne

THC : delta-9-trans-tétrahydrocannabinol

THC-COOH : acide 11-nor-THC-carboxylique

VADS : Voies Aérodigestives Supérieures

Table des matières

RESUME	14
INTRODUCTION	15
GENERALITES	18
I. LE CANNABIS : UNE SUBSTANCE TOXIQUE	18
1) <i>Présentation</i>	18
2) <i>Effets et risques pour la santé</i>	19
3) <i>Méthodes de dépistage</i>	25
4) <i>Réglementation en vigueur</i>	27
5) <i>Cannabis en thérapeutique</i>	27
II. ETAT DES LIEUX DE LA CONSOMMATION DE CANNABIS EN FRANCE	29
1) <i>Etat des lieux en population générale</i>	29
2) <i>Etat des lieux en population étudiante (18-25 ans)</i>	32
MATERIELS ET METHODES	35
I. REALISATION ET DIFFUSION DU QUESTIONNAIRE	35
1) <i>ASSIST</i>	35
2) <i>CAST</i>	36
3) <i>DSM</i>	38
II. POPULATION	40
III. DONNEES RECUEILLIES	41
1) <i>Données démographiques et socio-économiques</i>	41
2) <i>Consommation de cannabis et autres drogues</i>	41
3) <i>Conséquences médico-sociales de la consommation de cannabis</i>	42
IV. DETERMINATION DU RISQUE D'USAGE PROBLEMATIQUE DE CANNABIS	43
V. ANALYSES STATISTIQUES	43
RESULTATS	45
I. FLOWCHART	45
II. DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON	46
1) <i>Caractéristiques socio-démographiques</i>	46
2) <i>Données sur les consommateurs</i>	48
3) <i>Habitudes de consommation chez les fumeurs</i>	52
4) <i>Echec scolaire chez les fumeurs</i>	54
5) <i>Analyse par régression logistique</i>	56

DISCUSSION	59
I. EPIDEMIOLOGIE DE LA CONSOMMATION DE CANNABIS CHEZ LES ETUDIANTS	59
II. FACTEURS DE RISQUES D'USAGE PROBLEMATIQUE DE LA CONSOMMATION DE CANNABIS.....	60
III. FUMEURS EN ECHEC SCOLAIRE.....	62
IV. PROFIL-TYPE	63
V. ET LE PHARMACIEN D'OFFICINE ?.....	63
VI. LIMITES	66
 CONCLUSION.....	 68
 ANNEXES	 69
 REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	 84

RESUME

Objectifs

La consommation de cannabis est un problème de santé publique en France, dont la prévalence est élevée chez les sujets jeunes. Le cannabis est une drogue susceptible d'entraîner des effets secondaires importants avec un impact cognitif et un risque majoré de développement de pathologies psychiatriques. L'objectif de cette étude était de faire un bilan épidémiologique de la consommation de cannabis dans la population étudiante, et de rechercher les facteurs de risque associés à un risque élevé d'usage problématique de cannabis. Mais aussi, de conclure à un éventuel lien entre la consommation abusive de cannabis et un échec scolaire chez les étudiants.

Méthodes

575 étudiants ont répondu à un questionnaire anonyme diffusé sur internet. Celui-ci a recueilli des données démographiques et socio-économiques, des données sur une consommation de cannabis et autres drogues au cours des trois derniers mois, ainsi que les conséquences médico-sociales liées à cette consommation. Le risque d'usage problématique était évalué par le questionnaire CAST (*Cannabis Abuse Screening Test*). La recherche de facteurs de risque était réalisée par une méthode de régression logistique.

Résultats

49,9% des étudiants ont consommé au moins une fois au cours des trois derniers mois, dont 20% en usage régulier, avec une prédominance masculine attendue. 22,4% des consommateurs sont classés à risque d'usage problématique par le CAST. 11 étudiants estiment être en échec scolaire. Les facteurs de risque sont la co-consommation d'autres drogues et un budget alloué aux loisirs élevé. Les facteurs protecteur sont le niveau d'étude (master ou doctorat), le fait d'avoir un job étudiant et une co-consommation d'alcool.

Conclusion

La prévalence de consommation de cannabis est élevée dans notre population étudiante. En revanche, on ne peut pas conclure à un lien entre une consommation abusive de cannabis et un échec scolaire chez les étudiants, car la population en échec n'est pas représentative de notre échantillon. Les facteurs de risque permettent d'orienter le dépistage de l'usage problématique de cannabis.

INTRODUCTION

Le cannabis est le produit psychoactif illicite le plus largement consommé en France, malgré une réglementation très stricte comparativement au reste de l'Europe ou au reste du monde (1).

Il représente un problème de santé publique majeur de part ses effets secondaires importants, avec un impact cognitif mais aussi un risque majoré de développer des pathologies psychiatriques telles qu'une schizophrénie, une dépression ou un trouble bipolaire (2).

Une consommation de cannabis ne peut pas entraîner de risque de surdosage mais elle est susceptible d'entraîner un abus ou une dépendance (2).

D'après l'OMS, l'abus est un « mode d'utilisation inadéquat caractérisé par une utilisation continue par un sujet qui a conscience de souffrir d'un problème persistant ou récurrent d'ordre social, professionnel, psychologique ou physique, causé ou exacerbé par une utilisation, qui peut être récurrente, dans des conditions présentant un danger physique ».

La dépendance est, elle, définie comme étant « un ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques dans lesquels l'utilisation d'une substance psychoactive spécifique ou d'une catégorie de substance entraîne un désinvestissement progressif des autres activités » (3). La caractéristique essentielle du syndrome de dépendance consiste en un désir, souvent compulsif, de boire de l'alcool par exemple, ou de fumer du cannabis (4).

Les critères diagnostiques de l'abus et de dépendance aux substances psychoactives sont aussi définis selon le Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux de l'Association Américaine de Psychiatrie (DSM version IV) (5). Ce manuel permet aux cliniciens d'être aidés au mieux dans leur diagnostic grâce à une classification des troubles mentaux. Néanmoins, l'utilisation d'un questionnaire dans le cadre d'une enquête en population ne permet pas de faire un dépistage d'une dépendance mais seulement d'établir une probabilité, lorsque le sujet interrogé présente plusieurs des indicateurs rendant compte des critères DSM-IV (6).

Le dépistage de cette dépendance peut en revanche être réalisé par des échelles de dépistage tel que l'outil CAST (pour *Cannabis Abuse Screening Test*), développé par l'OFDT en 2006, ou l'échelle ASSIST, développée en 1997 par l'OMS (7).

Après la réalisation d'un score pour l'un et l'autre des questionnaires, il sera possible de dire si la personne est à risque de dépendance ou non et si une prise en charge est nécessaire.

Grâce à ces questionnaires, un score a été déterminé afin de définir un « usage problématique de cannabis ». En effet, celui-ci est défini par l'OFDT comme un « usage susceptible d'induire des dommages sanitaires et sociaux importants pour soi ou pour autrui » (8).

En 2016, selon l'OFDT, on compte aux alentours de 17 millions d'expérimentateurs¹ de cannabis dans la population âgée de 11 à 64 ans. Parmi eux, 5 millions sont des usagers dans l'année², 1,4 millions sont des usagers réguliers³ et 700 000 usagers se déclarent usagers quotidiens⁴ de cannabis (9).

Repérer à un stade précoce les consommations abusives ou problématiques, apparaît crucial dans la prise en charge des sujets consommateurs. En effet, la prévalence des étudiants consommant du cannabis a tendance à se stabiliser depuis quelques années (9).

Des études existent sur les consommations de substances psychoactives, et notamment de cannabis chez les lycéens et les jeunes actifs mais aussi, les effets du cannabis chez les consommateurs au travail (10, 11).

Il y a peu de données sur la consommation de cannabis chez les étudiants, et sur le risque d'usage problématique de cannabis (12, 13). Et aussi, peu de données sur un éventuel lien entre la consommation de cannabis chez les étudiants et l'échec scolaire (14).

La banalisation de cette consommation de cannabis dans la population générale, y compris chez les étudiants, est inquiétante et nous a intéressée.

¹, ², ³, ⁴ : Termes définis pages 28- 29

Par la réalisation de notre propre questionnaire, établi à partir des échelles CAST et ASSIST et diffusé *via* les réseaux sociaux, nous avons cherché à montrer s'il existait un lien entre « l'usage problématique de cannabis » et un risque d'échec scolaire chez les étudiants.

Le but de notre étude est de dresser un bilan épidémiologique de la consommation de cannabis chez les étudiants, afin d'évaluer la proportion de sujets à risque d'usage problématique de cannabis. Cette étude cherche également à identifier des facteurs de risques prédictifs à cet usage problématique et un éventuel lien entre cette consommation abusive et l'échec scolaire dans cette population.

GENERALITES

I. Le cannabis : une substance toxique

1) Présentation

Le cannabis est une drogue d'origine naturelle, « le chanvre », de son nom latin *Cannabis sativa indica*, qui est l'espèce la plus répandue. Le principe actif de cette plante, provoquant les effets neuropharmacologiques, est le delta-9-trans-tétrahydrocannabinol appelé aussi THC.

La teneur en THC est variable selon la provenance du produit, la variété et le type de préparation.

Cette substance est classée en France sur la liste des stupéfiants.

Elle se présente sous trois formes : l'herbe, la résine et l'huile (forme la plus concentrée en principe actif) (8).

a) Herbe

L'herbe est un mélange de feuilles, tiges et sommités fleuries séchées et pulvérisées (8).

Généralement la teneur en THC est inférieure à 5%, mais cela tend à augmenter aux alentours de 10% depuis quelques années du fait de l'exportation massive de la part de pays cultivant les pieds de chanvre en serre, permettant ainsi d'avoir une concentration plus importante de THC.

L'herbe est aussi nommée plus familièrement « beuh, marijuana, ganja » (15).

Il existe plusieurs modes de consommation. La première est fumée, soit pure, ce que l'on appelle un « pétard », soit en mélange avec du tabac, qui est appelé un « joint ». Lorsque le cannabis est fumé, il est généralement roulé en cigarette.

Ensuite, le cannabis peut être inhalé, à l'aide d'un narguilé ou d'une pipe à eau.

Il peut aussi être ingéré dans des boissons ou des préparations culinaires comme des gâteaux, plus connus sous le nom de *space cake*, ou bu dans des infusions (15).

b) Résine

La résine est une poudre obtenue à partir des sommités fleuries de la plante (8). Elle sera compressée et mélangée avec d'autres substances afin d'obtenir un produit présenté sous la forme de plaques compressées, barrettes ou boulettes de couleur verte, brune ou jaune. La résine est également appelée « haschich » ou « shit ».

Sa teneur en THC est comprise entre 5% et 20%, voire plus selon les régions de production.

La résine ou haschich sera consommée fumée, mélangée avec du tabac. Cela s'appelle un « joint ». Mais elle peut être ingérée dans des préparations culinaires, telles que des gâteaux (15).

c) Huile

L'huile est la préparation la plus concentrée en THC, entre 40 et 80%. Elle est obtenue par distillation du cannabis haché ou par extraction de la résine à l'alcool à 90°C. S'en suit une évaporation permettant l'obtention d'un liquide visqueux brun noirâtre (15).

Elle est consommée au moyen d'une pipe, donc fumée, ou alors ingérée dans des confiseries orientales. Son usage est le moins répandu actuellement (15).

Quelle que soit sa forme, le cannabis peut être mélangé ou « coupé » à d'autres substances plus ou moins toxiques, telles que du henné, de la paraffine, du cirage, du sable, mais aussi des microbilles de verre, de la farine ou de la silice (15).

2) Effets et risques pour la santé

Les risques de la consommation de cannabis sont différents en fonction de l'usage récréatif ou compulsif, en petites quantités ou de manière plus intensive. Les risques liés à ces usages aigus ou chroniques sont de mieux en mieux connus.

Il n'y a pas de risque de surdosage pour une personne consommant du cannabis (2).

a) Effets aigus

i. Effets somatiques

La consommation de cannabis peut jouer un rôle dans le déclenchement d'IDM pouvant conduire au décès (16, 17). Le THC provoque des troubles du rythme cardiaque, telle qu'une fibrillation atriale, une tachycardie et une hypotension orthostatique après la prise (17).

Aucune étude épidémiologique n'a été réalisée sur les accidents vasculaires cérébraux et le cannabis, même s'il y a de multiples cas publiés, y compris chez les adolescents fortement consommateurs. Une explication a été proposée pour le risque d'AVC qui est une modification de la perfusion cérébrale, mesurée par la vitesse du flux sanguin dans les artères cérébrales antérieures et moyennes, qui rendrait comparable celles d'un jeune consommateur de cannabis de 18 à 30 ans à celles d'un sujet de 60 ans. Cette comparaison reste néanmoins biaisée car la plupart des consommateurs de cannabis consomment également du tabac. Les recherches futures devraient essayer de déterminer s'il existe une relation entre la consommation de cannabis et le risque d'AVC, indépendamment de la consommation de tabac (18).

Le cannabis est aussi associé à des troubles du rythme lors de rapports de cas pouvant conduire au décès de l'individu : fibrillation auriculaire paroxystique, tachycardie ventriculaire, bloc auriculo-ventriculaire (17).

Il peut parfois se produire une hypersudation ainsi que des céphalées. Une sécheresse buccale et des troubles de la vision, tels qu'une hyperhémie conjonctivale ou une mydriase bilatérale, peuvent apparaître.

Le cannabis est aussi associé à la survenue de troubles digestifs, tels que des nausées, des vomissements, des crampes, voire des douleurs abdominales (2).

L'ingestion massive de cannabis chez le jeune enfant peut conduire à des troubles de la conscience (6).

ii. Effets psychiques

Selon la personne, la quantité consommée et la composition du cannabis peuvent avoir des effets psychiques immédiats.

Les effets recherchés sont observables dans les quinze à vingt minutes suivant la consommation chez un consommateur occasionnel⁵ (un peu plus tard chez un usager régulier⁶), tels qu'un état de bien être, de détente et une certaine euphorie (19). Il peut également, selon les individus, y avoir une modification sensorielle comme le fait d'avoir l'ouïe développée ou de mieux entendre les sons, mais aussi de ressentir positivement des choses habituellement négatives (8).

Le cannabis peut entraîner des modifications spatio-temporelles, telles qu'une augmentation du temps de réaction, une diminution des réflexes et de la vigilance. Cela peut être dangereux si la personne consommatrice conduit une voiture ou si elle utilise des machines dans un cadre professionnel.

Une modification des performances intellectuelles, telle qu'une diminution de la concentration et de la mémoire immédiate, et une modification des performances motrices, telle qu'une incoordination des mouvements, sont également à noter. Ceci peut altérer le travail scolaire notamment chez les plus jeunes (8).

L'intoxication aiguë, aussi appelée « *bad trip* » ou psychose cannabique, est un désordre mental (trouble anxieux aigu). Cette psychose est caractérisée par des hallucinations ou des idées délirantes, une sensation d'étouffement, des tremblements accompagnés de sueurs froides, des nausées et vomissements, une incoordination motrice, des palpitations et des sensations de vertiges (2, 16).

Ainsi, certains consommateurs peuvent faire un malaise avec perte de connaissance, certaines personnes peuvent parfois éprouver une perte de contrôle, la peur de devenir fou, voire une peur de mourir (2).

Tous ces effets sont réversibles en quelques heures ou semaines après la consommation, et il n'y a pas de traitement particulier (15).

⁵ et ⁶ : Termes définis page 30

Le risque évolutif de cette psychose cannabique est une anxiété anticipatoire. Il faut alors envisager que la personne consommatrice ait peur de faire un autre épisode lors de sa prochaine consommation de cannabis.

Dans ce cas de figure, soit elle arrête et ne retente pas l'expérience de la consommation, soit elle consomme à nouveau. S'il se produit à nouveau un trouble panique, il faut alors une prise en charge particulière en milieu hospitalier dans un service de psychiatrie⁷ (2).

b) Effets à long terme

i. Effets somatiques

Les conséquences d'une consommation chronique de cannabis fumé se rapprochent des signes cliniques liés à la consommation chronique de tabac.

En effet, le cannabis peut engendrer une altération du système respiratoire, avec des signes cliniques de toux, d'expectorations, d'inflammations des voies respiratoires, une modification de la croissance cellulaire bronchique pouvant se déclarer par la suite par une bronchite chronique (8).

La survenue de maladies infectieuses telles que des infections sexuellement transmissibles pourraient être en partie liées à une prise de risques sexuels en cas de consommation de cannabis (16). Le cannabis ne joue pas de rôle dans la progression du stade de séropositivité du Sida (20). La consommation de cannabis chez des sujets immunodéprimés peut également être à l'origine de l'apparition de pathologies infectieuses telles qu'une aspergillose ou une tuberculose pulmonaire (16, 21).

Le cannabis entraîne un risque vasculaire car cette substance modifie le rythme cardiaque et peut être dangereux pour les personnes souffrant d'hypertension ou atteintes de maladies cardiovasculaires. On recense une artérite, il s'agit d'une forme de la maladie de Buerger, qui se traduit, chez des personnes relativement jeunes (en général des hommes de moins de 45 ans) et fumeurs, par un

⁷ Explications concernant les consultations en addictologie pages 27-28

rétrécissement des vaisseaux des membres supérieurs et inférieurs. Cependant, l'agent causal reste mal connu (22).

Des cancers peuvent apparaître à la suite d'une consommation de cannabis, notamment des cancers broncho-pulmonaires et des cancers des voies aérodigestives supérieures, entraînant l'apparition de cancer du poumon, de la gorge, de la bouche et de la langue (2, 16).

En effet, même si l'analyse de la composition des fumées de cannabis et de tabac montre des compositions similaires, la fumée de cannabis présente une concentration plus importante de certains composés à fort pouvoir cancérigène comme le benzantracène (75ng pour la fumée de cannabis contre 43ng pour la fumée de tabac) et le benzopyrène (31ng pour la fumée de cannabis contre 21,1ng pour la fumée de tabac) (6). (Annexe 6)

Lors d'études épidémiologiques, d'autres cancers peuvent survenir à la suite d'une consommation de cannabis tels que des cancers de la vessie, du col utérin, de la prostate ou un gliome malin de l'adulte (2, 16).

Il a été recensé des gingivites, des parodontites ou des stomatites chez les consommateurs chroniques de cannabis (15).

On remarque des effets de cette consommation prolongée sur les fonctions de reproduction, sur l'allaitement, et sur l'enfant.

Un risque d'infertilité masculine et féminine est associé à une consommation chronique de cannabis (2).

La substance traverse la barrière foeto-placentaire atteignant la circulation sanguine du fœtus ce qui engendre une réduction de la croissance fœtale (diminution du poids et de la taille notamment), des malformations congénitales et certaines tumeurs de l'enfant (16, 23). Le risque de prématurité associé à une consommation de cannabis est controversé selon les études et des anomalies du comportement chez les enfants sont en général rapidement régressives (6).

Le THC passe dans le lait maternel et sa concentration peut être jusqu'à 8 fois supérieure à celle du sang maternel en cas de consommation régulière. Le THC a également été retrouvé dans les selles d'enfants allaités. Ainsi il est préférable de ne pas consommer en cas d'allaitement en l'état actuel des données, ou de consommer après la tétée, pour limiter le passage dans le lait maternel (24).

L'accroissement récent de la consommation de cannabis rend nécessaire la mise en place d'études de suivi des enfants nés de mères consommatrices régulièrement, afin d'établir une évaluation, aujourd'hui inconnue, de la prévalence de la consommation de cannabis chez la femme enceinte (6).

ii. Effets psychiques

L'intoxication chronique, appelée également cannabisme chronique, est un syndrome neurasthénique, en particulier chez les usagers les plus jeunes. Une asthénie intellectuelle et psychique est à noter, ainsi que des troubles de la concentration et des troubles mnésiques (2). Chez des consommateurs prédisposés génétiquement, et donc plus vulnérables, la consommation chronique de cannabis peut révéler, voire aggraver, une maladie mentale sévère, telle que la schizophrénie, une dépression ou un trouble bipolaire, et de manière encore plus importante si la personne consomme depuis l'adolescence (2, 15, 16).

Il y a une relation dose/effet entre la consommation de cannabis et l'apparition de troubles psychiatriques. À ce stade de consommation, apparaît un risque important de dépendance, psychique surtout, pouvant engendrer des problèmes relationnels, scolaires ou professionnels (8).

Les individus ne sont pas tous égaux face à la consommation de cannabis et face au risque de dépendance.

Il existe des facteurs favorisant la dépendance au cannabis. Plusieurs études ont montré que la précocité de la consommation est prédictive d'une dépendance ultérieure (6, 25, 26).

D'autres facteurs de risque ont été mis en évidence, en particulier la pression des pairs, l'existence de difficultés scolaires, l'existence de comportements délinquants, mais aussi l'existence de maltraitances ou d'abus sexuels durant l'enfance. Le facteur social et le facteur économique peuvent aussi avoir un impact dans l'apparition d'une dépendance. Les effets subjectifs positifs ressentis lors de la première consommation (par exemple « se sentir content », « rire », « se sentir relaxé » etc.) ont également été mis en évidence (26).

Pour les sujets ayant une consommation régulière et fréquente depuis de nombreuses années, celle-ci pourra entraîner des troubles importants ne laissant la place qu'aux activités de recherche, d'achat et de planification de consommation de la substance illicite (15).

Ainsi, lors d'une tentative d'arrêt ou d'une diminution sensible de la consommation, certaines personnes pourront ressentir des symptômes de sevrage, tels qu'un stress accru, une irritabilité importante, des difficultés à s'endormir, un manque de concentration, un sentiment de mal-être global ou de désinvestissement, pouvant évoquer un état dépressif (15).

Ces symptômes de sevrage apparaissent dans les 24 heures après l'arrêt de la consommation, atteignent un pic maximal entre les 3^{ème} et 7^{ème} jours, et disparaissent en trois à quatre semaines (26).

3) Méthodes de dépistage

La consommation de cannabis peut être mise en évidence grâce des méthodes de dépistage, dans les urines ou la salive, suivies ou non par des méthodes de confirmation, voire de dosage, dans le sang ou la salive. Il est également possible de mettre en évidence une consommation occasionnelle ou régulière de cannabis grâce à une analyse capillaire.

a) Dépistage urinaire

Le test de dépistage urinaire permet une détection d'une consommation de cannabis jusqu'à deux à sept jours après un usage occasionnel et jusqu'à 72 jours. Ce dépistage repose sur des tests d'immunoanalyse utilisant un anticorps dirigé contre le métabolite principal du THC, le TCH-COOH. Le seuil de positivité est de 50 ng/mL d'urine.

Ces tests permettent un dépistage rapide de la consommation de cannabis mais ont des limites. Ils ne permettent pas d'établir si la consommation est récente ou non, unique ou chronique. En effet, les tests peuvent être positifs jusqu'à trois semaines après la prise chez les gros consommateurs et jusqu'à douze jours chez les fumeurs réguliers (27).

Le recueil des urines doit également être réalisé dans des conditions strictes afin de limiter la falsification ou l'adultération des urines qui fausseraient les résultats (par exemple en ajoutant de l'eau dans les urines ou en prenant des diurétiques) (27).

b) Dépistage salivaire

Le dépistage salivaire repose sur l'utilisation de tests d'immunoanalyse utilisant un anticorps dirigé contre le THC. Il permet de détecter une consommation récente de cannabis, car le THC sera présent dans la salive environ une dizaine d'heures après la consommation, par séquestration bucco-dentaire. Les métabolites du cannabis (TCH-COOH et THC-OH) ne sont quasiment pas présents dans la salive (pas de passage du sang vers la salive) (27).

c) Dosage sanguin

Le dosage sanguin du cannabis repose sur des méthodes chromatographiques (liquide ou gazeuse) couplée à la spectrométrie de masse. Le THC et ses métabolites principaux, le THC-OH et le THC-COOH, sont quantifiables, avec des limites de quantification de l'ordre du ng/mL de sang (28).

d) Dépistage capillaire

Le dépistage capillaire d'une consommation de cannabis nécessite des méthodes chromatographiques très sensibles, du type LC-MS/MS, car les concentrations de THC et de THC-COOH dans les cheveux d'un consommateur, notamment occasionnel, sont très faibles, de l'ordre du pg/mg au ng/mg de cheveux.

Cette analyse capillaire, notamment l'analyse segmentaire des cheveux, permet d'établir la chronicité, ainsi qu'une estimation du niveau de consommation du sujet consommateur (27).

4) Réglementation en vigueur

En France, le cannabis est un produit illicite, classé comme produit stupéfiant. Il est régi par la loi sur les stupéfiants du 31 décembre 1970 qui prohibe l'usage de stupéfiants, sans distinction de produits, par une peine maximale d'un an d'emprisonnement et d'une amende de 3 750 euros, selon l'article L 3421-1 du Code de la Santé Publique (CSP). Les personnes coupables de ce délit encourent également, à titre de peine complémentaire, l'obligation d'accomplir un stage de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants, selon les modalités fixées à l'article 131-35-1 du code pénal (29).

Cette loi de 1970 incrimine l'usage simple de substances classées comme stupéfiants, sans distinction entre l'usage en privé et en public, ou l'usage régulier ou occasionnel (1,11).

Depuis la loi du 3 février 2003, toute personne ayant conduit sous l'emprise de substances classées comme stupéfiants est passible d'une peine de deux ans d'emprisonnement et de 4 500 euros d'amende. Si la personne se trouvait également sous l'emprise d'alcool (plus de 0,5 g/L de sang), les peines sont portées à trois ans d'emprisonnement et 9 000 euros d'amende. Des contrôles avec un dépistage d'usage de stupéfiants peuvent être réalisés par les services de police ou de gendarmerie (30).

5) Cannabis en thérapeutique

a) Prise en charge en structure

La consommation de cannabis conduit une partie des utilisateurs à entrer en contact avec des professionnels de santé ou des structures lorsqu'ils souhaitent être pris en charge.

Le plus souvent accueillis dans des Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie, ils peuvent également être vus dans des services spécialisés ou des établissements hospitaliers ne disposant pas de centres spécialisés dans cette prise en charge, mais ayant des consultations ambulatoires en addictologie ou en médecine de ville.

Dans les CSAPA, il existe des services pour les plus jeunes consommateurs, appelés les « consultations jeunes consommateurs ». Les CJC ont été créées fin 2004 afin de proposer un accompagnement aux jeunes usagers de cannabis, ainsi qu'à leur famille. Elles ont également pour vocation la prise en charge de toute autre substance relevant de l'addictologie (alcool, cocaïne, psychostimulant, etc.). Ces consultations peuvent également être une aide aux personnes ayant des addictions sans produit (jeux, Internet, etc.) (8).

Les consultations d'addictologie psychiatriques sont assurées par des équipes multidisciplinaires composées d'infirmiers, de médecins, de psychologues et de travailleurs sociaux. Cette consultation peut être établie en collaboration avec le médecin traitant et les proches (famille, amis). Après une phase d'accueil et d'évaluation de la demande de soins avec la personne, l'équipe définit un projet thérapeutique avec cette personne (31).

Les soins proposés peuvent être individualisés ou en groupe, tout en étant adaptés à la demande individuelle de chacun. Parmi ces soins, on retrouve :

- des consultations médico-psychologiques spécialisées en addictologie ;
- des prises en charge psychologiques individuelles et des entretiens avec la famille ;
- des groupes de parole ou d'information pour les patients (32).

Une évaluation, un suivi psychologique et socio-éducatif sont réalisés par des psychologues et des assistantes sociales (32).

Ces soins et ce suivi ont pour objectif de trouver des alternatives aux automatismes de l'addiction, d'élaborer de nouveaux objectifs, de permettre à la personne de se réinvestir dans de nouvelles relations sociales et de réaliser de nouveaux projets de vie (31).

Le nombre de personnes prises en charge par un professionnel du soin pour leur consommation problématique de cannabis est en hausse de 40% entre 2010 et 2015 (32 000 personnes contre plus de 56 000 personnes) (33).

Cette augmentation de prise en charge peut s'expliquer par l'augmentation de la population concernée et l'essor des CJC (22 000 jeunes en moyenne accueillis dans une année) (33).

Ce dispositif de prise en charge touche à la fois les usagers de cannabis, étant souvent des consommateurs occasionnels de cannabis, adressés par la

justice, majeurs et de sexe masculin, mais celui-ci concerne également un public dépendant au cannabis, à l'inverse, dont les personnes sont plus âgées, venues d'elles-mêmes ou adressées par un professionnel de santé, et majoritairement de sexe féminin (8).

b) Usage thérapeutique du cannabis

En France, l'usage thérapeutique du cannabis reste illicite. Toutefois il existe le Marinol® ayant pour principe actif le dronabinol, un médicament contenant du THC synthétique et existant sous forme de gélules. Il est autorisé pour des indications très limitées, telles que les douleurs de la sclérose en plaques ou les nausées liées aux chimiothérapies résistantes aux thérapeutiques disponibles. Ce médicament n'est autorisé que dans le cadre restrictif d'une ATU nominative, délivrée par l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) (8, 34).

Une demande d'étude du dossier du Sativex® a été autorisée en France suite à une modification de l'article R. 5132-86 du CSP par le décret n°2013-473 du 5 juin 2013, permettant la délivrance d'une autorisation de mise sur le marché de médicaments contenant du cannabis ou ses dérivés. Le Sativex® est un médicament obtenu à partir d'extraits de cannabis. Une AMM du Sativex® en spray a été obtenue le 8 janvier 2014. Un dossier a ensuite été déposé à la Commission de la Transparence, ainsi qu'un dossier économique, pour évaluer et fixer le prix du médicament. Ce spray est disponible en Europe. Il permet de soulager les douleurs spastiques de patients atteints de sclérose en plaques.

A ce jour, le dossier est toujours en négociation de prix en France et aucun médicament n'a été mis sur le marché français. Les patients sont toujours en attente (35).

II. Etat des lieux de la consommation de cannabis en France

1) Etat des lieux en population générale

Le cannabis est le produit psychoactif illicite le plus consommé en France, et cela concerne tant les adultes que les adolescents (9).

Pour bien comprendre cet état des lieux de la consommation, il faut au préalable définir plusieurs termes. Un expérimentateur, ou expérimentation, est une personne ayant consommé au moins une fois du cannabis au cours de sa vie. Un usager dans l'année ou usager actuel est une personne ayant au moins un usage au cours de l'année. Un usager régulier est une personne ayant consommé du cannabis au moins dix fois au cours du mois précédent l'enquête (33).

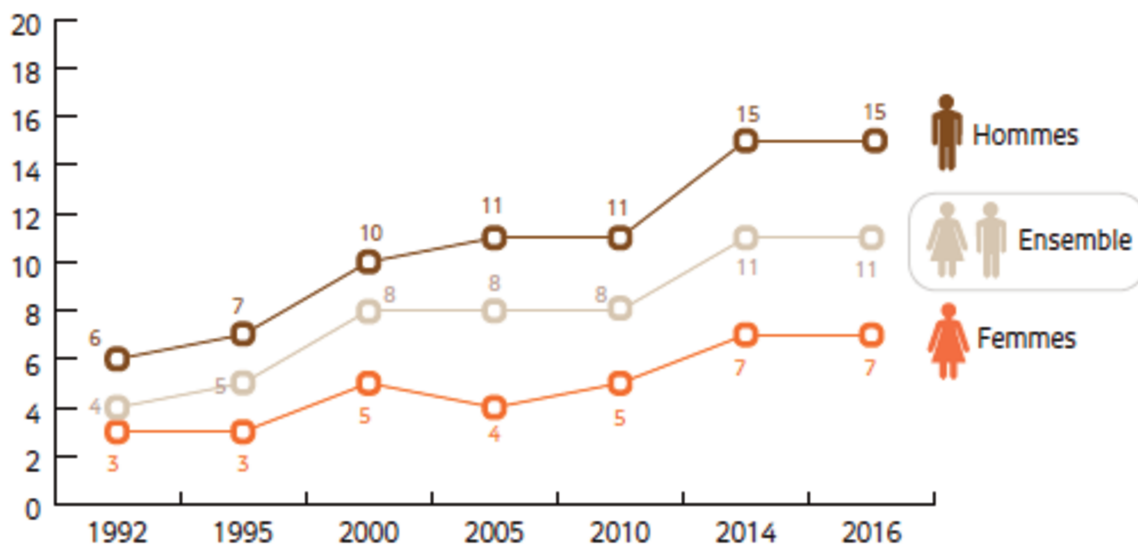
En 2016, dans la population âgée de 11 à 64 ans, on compte aux alentours de 17 millions d'expérimentateurs de cannabis. Parmi eux, 5 millions d'usagers dans l'année, dont 1,4 millions sont des usagers réguliers, et 700 000 usagers se déclarent usagers quotidiens de cannabis (9, 33).

Cette expérimentation concerne 42% des adultes de 18 à 64 ans, et elle est d'avantage le fait des hommes que des femmes (51% contre 34%). Celle-ci est stable depuis 2014, de même que l'usage actuel qui concerne 11% des 18-64 ans, avec 15% des hommes et 7% des femmes.

La proportion d'usagers actuels avait augmenté de façon significative entre 1992 et 2014, passant de 4% à 11% (9).

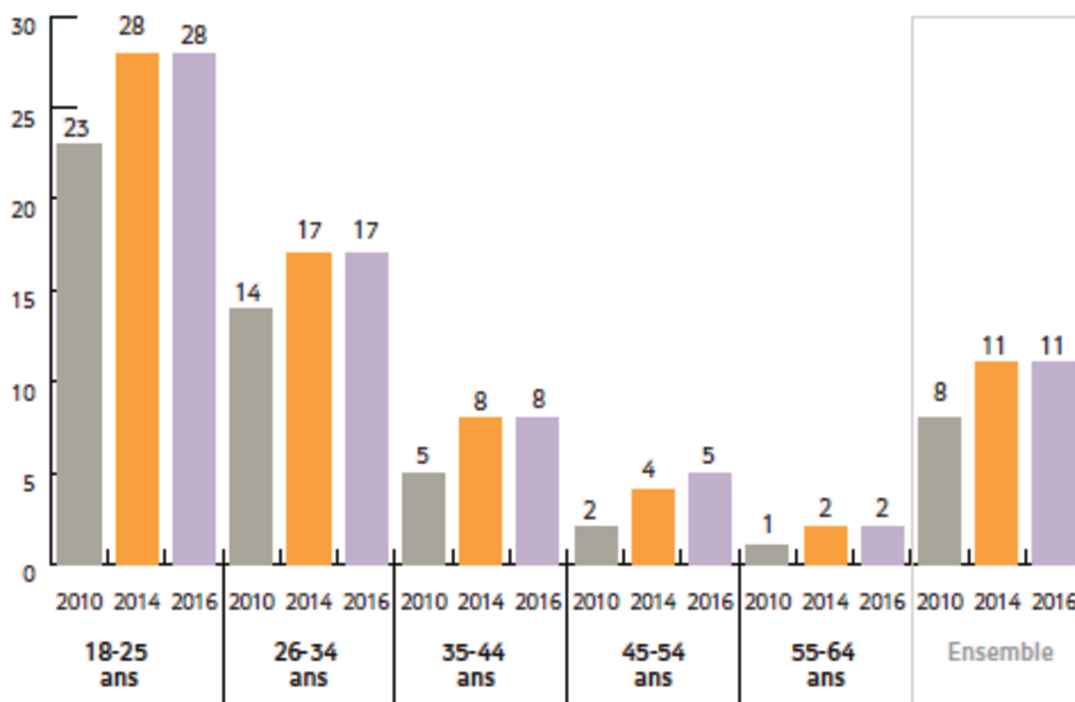
La consommation actuelle concerne surtout les plus jeunes et les hommes (28% des 18-25 ans, 35% des hommes et 21% des femmes de cette tranche d'âge). Elle diminue ensuite avec l'âge pour ne plus atteindre que 2% de la population au-delà de 55 ans. La proportion d'usagers actuels est restée stable pour les deux sexes entre 2014 et 2016, alors qu'elle avait augmentée de façon significative entre 2010 et 2014, passant de 8% à 11% (9).

Evolution entre 1992 et 2016 de l'usage actuel de cannabis, selon le sexe (%)



Sources : Baromètres santé 1992-2016, Santé publique France, exploitation OFDT

Evolution des l'usage actuel de cannabis entre 2010 et 2016 selon l'âge (%)



Sources : Baromètres santé 2010, 2014, 2016, Santé publique France, exploitation OFDT

2) Etat des lieux chez les jeunes actifs (18-25 ans)

Le cannabis est la première drogue expérimentée et consommée dans la population.

La première expérimentation de cannabis se fait entre 15 et 25 ans avec un âge moyen aux alentours de 16 ans pour les deux sexes (36).

L'expérimentation du cannabis à 17 ans est apparue en hausse entre 2011 et 2014, passant de 41% à 48% (33).

L'expérimentation, qui souvent pour les plus âgés s'avère très ancienne, est davantage le fait des hommes que des femmes (51% contre 34%). Elle se révèle stable depuis 2014, de même que l'usage actuel, qui concerne 11% des 18-64 ans (15% des hommes et 7% des femmes).

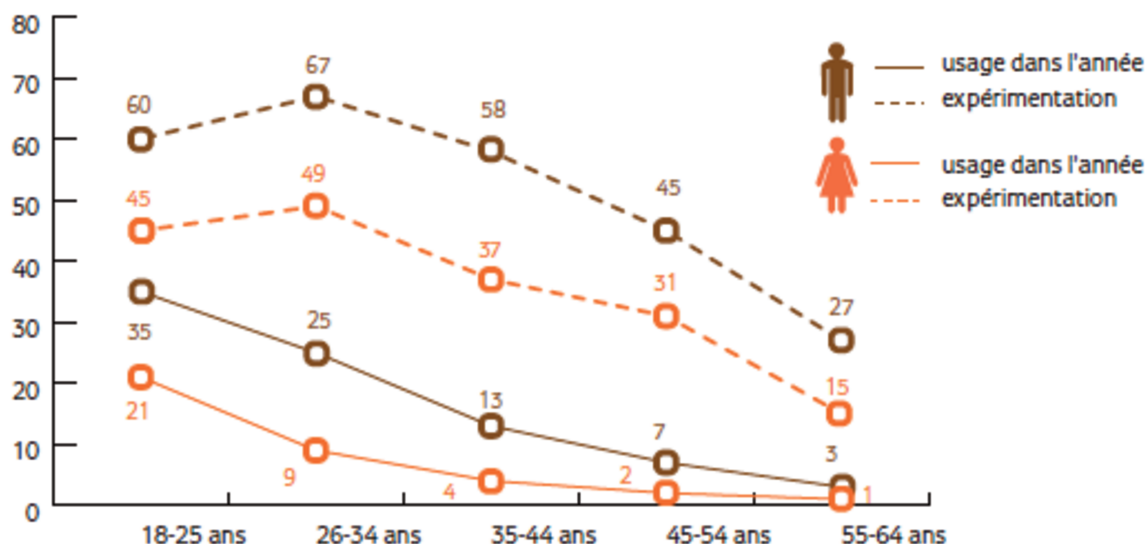
Avec des premiers usages qui se déroulent principalement entre 15 et 25 ans et une proportion d'expérimentateurs de cannabis maximale entre 26 et 34 ans pour les deux sexes, l'usage de cannabis demeure avant tout un phénomène générationnel.

Cette stabilité observée est en grande partie liée au fait que la population des 18-64 ans interrogée en 2016 lors des études de l'OFDT recoupe celle interrogée en 2014.

Ainsi, la part des expérimentateurs devait donc rester comparable, sauf si les générations plus âgées se mettent à expérimenter entre 2014 et 2016.

L'expérimentation est avant tout un outil qui permet de suivre la diffusion du cannabis dans une population (9, 36).

Expérimentation et usage actuel de cannabis en 2016 selon l'âge et le sexe (%)



Source : Baromètre santé 2016, Santé publique, exploitation OFDT

L'usage de cannabis peut être observé selon des caractéristiques socio-démographiques telles que le niveau de diplôme, le revenu ou la situation professionnelle. L'expérimentation apparaît légèrement plus fréquente parmi les adultes ayant un diplôme au moins du niveau baccalauréat ou dont les revenus correspondent à la tranche la plus haute (3^{ème} tercile), tandis que l'usage actuel est moins fréquent pour les niveaux de revenu les plus élevés. Ce sont les étudiants et les actifs au chômage qui déclarent le plus souvent un usage au cours de l'année. Malgré tout, les écarts observés se révèlent relativement assez faibles, ces usages actuels se révélant relativement peu marqués socialement, surtout en comparaison au tabagisme quotidien.

En conclusion, l'âge demeure la variable la plus discriminante, avec une population jeune qui reste principalement concernée par la consommation de cannabis. (9)

Expérimentation et usage actuel de cannabis en 2016 selon des critères sociodémographiques et économiques (%)

			Usage vie	Usage dans l'année	
			%	%	OR
Ensemble		(n = 12 457)	42	11	
Sexe	Homme	(n = 5 718)	51	15	ref
	Femme	(n = 6 739)	34	7	0,4***
Âge	18-25 ans	(n = 1 633)	53	28	réf
	26-34 ans	(n = 2 072)	58	17	0,6***
	35-44 ans	(n = 2 695)	48	8	0,3***
	45-54 ans	(n = 2 998)	38	5	0,2***
	55-64 ans	(n = 3 059)	21	2	0,1***
Diplôme le plus élevé	Aucun	(n = 647)	35	11	réf
	< Bac	(n = 3 589)	37	9	0,8
	Bac	(n = 2 781)	46	14	0,8
	> Bac	(n = 5 424)	49	10	0,8
Revenu	1 ^{er} tercile (moins élevé)	(n = 3 502)	41	13	réf
	2 ^e tercile	(n = 3 950)	43	10	1,0
	3 ^e tercile (plus élevé)	(n = 4 664)	45	9	1,1
	Refus / NSP	(n = 341)	28	9	0,6**
	Travail	(n = 8 549)	44	9	réf
Situation professionnelle	Études	(n = 984)	49	27	1,6***
	Chômage	(n = 1 112)	52	19	2,0***
	Retraite	(n = 1 131)	18	2	0,6
	Autres inactifs	(n = 681)	29	6	1,2

Source : Baromètre santé 2016, Santé publique France, exploitation OFDT

Les résultats d'une enquête de la SMEREP (Société Mutualiste des Etudiants de la Région Parisienne appartenant au Centre 617 de la Sécurité Sociale étudiante en Ile-de-France) ont été diffusés en juin 2017. Cette enquête diffusée *online*, *via* un fichier élaboré par la SMEREP, auprès de 701 étudiants SMEREP et 500 étudiants français, a montré que près de trois étudiants sur dix ont déjà consommé au moins un type de produit psychoactif (cannabis, cocaïne, amphétamines...) (37).

MATERIELS ET METHODES

I. Réalisation et diffusion du questionnaire

Nous avons étudié dans la littérature des échelles préexistantes de dépistage de la dépendance au cannabis. En combinant des mots clés tels que, *cannabis*, *consommation* et *évaluation*, nous avons isolé différentes échelles d'analyses.

Deux échelles sont ressorties de cette recherche comme étant les principales et pouvant nous aider dans la réalisation de notre questionnaire.

Ce sont les échelles CAST et ASSIST, respectivement développées en 2006 et 1997.

Les critères DSM nous ont permis de définir l'abus et la dépendance à une substance, mais ne sont pas adaptés au dépistage d'un abus ou d'une dépendance.

Notre travail consiste, par la réalisation de notre propre questionnaire anonyme, en la réalisation d'un bilan épidémiologique de la consommation de cannabis chez les étudiants, dans le but d'évaluer la proportion de sujets consommateurs à risque d'usage problématique.

Nous avons également recherché les facteurs de risque dans cette population étudiante, et s'il y a une relation entre l'échec scolaire dans cette population et la consommation de cannabis.

1) ASSIST

Ce questionnaire d'évaluation (annexe 2) porte sur les consommations de plusieurs substances psychoactives, telles que l'alcool, le tabac et d'autres substances illicites (cannabis, héroïne, etc.) ou des médicaments psychotropes, consommées au cours des trois derniers mois.

Il n'est pas spécifique au cannabis et ne porte pas attention à la voie de consommation (fumé, avalé, sniffé, inhalé, etc.).

Cet outil de dépistage de la dépendance permet d'interroger la personne sur le type de substance consommée, la fréquence de consommation, le désir de consommation, l'impact sur la vie sociale et le désir ou non de souhaiter diminuer

voire d'arrêter sa consommation. L'échelle ASSIST détermine la nécessité ou non d'une intervention pour sevrer la consommation de cannabis ou d'une autre substance.

L'analyse du résultat s'effectue par le calcul d'un score. Ainsi pour chaque substance, il faut additionner les scores obtenus pour les questions 2 à 7. Il ne faut pas y inclure le résultat de la question 1 ou de la question 8. Selon le score final obtenu, trois choix nous seront proposés.

Tout d'abord, il n'y aura « pas de prise en charge nécessaire », pour un score de 0 à 3 points (ou de 0 à 10 points pour l'alcool). Une « prise en charge légère nécessaire » sera recommandée pour un score compris entre 4 et 26 points (ou de 11 à 26 points pour l'alcool). Une « prise en charge intensive nécessaire » sera recommandée pour un score supérieur à 27 points pour toutes les substances.

S'il doit être réalisé un évaluation plus approfondie de la dépendance, celle-ci sera réalisée par un professionnel de santé adapté, notamment dans un service spécialisé dans le service d'addictologie (7).

2) CAST

L'OFDT a développé un outil de repérage des consommations de cannabis problématiques dénommé le CAST (annexe 3) (38). Sa version définitive n'a été connue qu'en 2006 à la suite de la modification de la période de temps de référence se rapportant désormais aux douze derniers mois.

Il existe le CAST-b (binaire) ou CAST-f (complet).

Le CAST binaire permet de réaliser ce test en version plus courte avec pour réponse « oui » et « non » pour chaque item, et un score codé de 0 à 6.

Nous nous sommes basés sur le CAST-f, car il est plus précis dans l'analyse finale du score.

Ce questionnaire CAST est inclus dans l'Outils d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève (RPIB) recommandé par la HAS (concernant l'alcool, le tabac et le cannabis) (annexe 5). Deux réponses positives recommandent de s'interroger sur les conséquences de la consommation et de mener une intervention brève. Trois réponses positives ou plus doivent mener à proposer une consultation d'addictologie.

Ce questionnaire comporte six questions portant sur :

- l'usage le matin ;
- l'usage seul (hors contexte festif) ;
- l'apparition de problèmes de mémoires ;
- l'encouragement à arrêter ou réduire sa consommation ;
- l'apparition d'échecs dans les tentatives d'arrêt ;
- l'existence de problèmes (échec scolaire...).

Cet outil se préoccupe uniquement de la consommation de cannabis.

Les modalités de réponses sont codées de 0 à 4 et sont classées de la manière suivante :

- Jamais = 0
- Rarement = 1
- De temps en temps = 2
- Assez souvent = 3
- Très souvent = 4

Pour calculer un score final, on peut alors obtenir un score entre 0 et 24. Suite à ces résultats, on définit :

- « les usagers sans risque » pour un score inférieur à 3 ;
- « les usagers avec un risque faible » pour un score égal à 3 et inférieur à 7 ;
- « les usagers avec un risque élevé de dépendance » pour un score égal ou supérieur à 7.

La finalité du test a été de construire trois classes d'usages :

- l'usage non symptomatique ;
- l'usage à risque modéré ;
- l'usage à risque sévère d'usage problématique ou de dépendance au cannabis.

3) DSM

Le DSM des troubles mentaux (annexe 4) est un manuel de référence en clinique, publié par l'Association Américaine de Psychiatrie (DSM version IV), pour aider au mieux les cliniciens dans leur diagnostic, en classifiant les troubles mentaux. Il a été révisé et amélioré à de nombreuses reprises avec une dernière édition (DSM-V) publiée en 2013 (7, 26).

Jusqu'en 2013, le manuel (DSM-IV) définit les notions d'abus, d'usage nocif et de dépendance.

Le concept d'abus est désigné comme étant une consommation répétée, entraînant des dommages, qu'ils soient physiques, psychiques, sociaux ou juridiques, pour le sujet ou son environnement.

L'usage nocif, utilisée par la classification des maladies de l'OMS (*Classification Internationale des Maladies* ou CIM-10), est synonyme du concept d'abus.

On retrouve l'explication de la notion de dépendance comme étant une consommation entraînant des répercussions psychologiques et physiologiques chez l'utilisateur. Il s'agit d'une forme aiguë d'abus.

Depuis 2013, le DSM-V a aboli la distinction entre abus et dépendance. Il rassemble ces diagnostics en un seul, appelé, trouble d'utilisation de substance. Il décrit des critères pour l'intoxication, le sevrage et les troubles induits par la substance. Dans cette version a été inclus le syndrome de sevrage. Celui-ci survient surtout chez les patients les plus sévèrement dépendants. Le syndrome de sevrage est caractérisé par des troubles du sommeil, une irritabilité, une humeur dysphorique et un *craving*⁸ intense (7, 26).

⁸ *Craving* : désir irrésistible de consommer.

Selon le DSM-V, « l'utilisation inadaptée d'un produit (tel que le cannabis) conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance, cliniquement significative, se caractérise par la présence de deux signes (ou plus) ci-après, à un moment quelconque, dans une période continue de douze mois :

1. Le cannabis est souvent pris en quantité plus importante ou pendant une période plus longue que prévue.
2. Existence d'efforts infructueux pour diminuer ou contrôler l'utilisation du cannabis.
3. Beaucoup de temps est passé à des activités liées au cannabis, pour en obtenir, en consommer, ou récupérer de ses effets.
4. Usage répété malgré l'incapacité de remplir des obligations majeures au travail, à l'école ou à la maison.
5. Usage malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets du cannabis.
6. Des activités (sociales, professionnelles ou de loisirs) importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'usage du cannabis.
7. Utilisation répétée du produit dans des situations où cela peut être physiquement dangereux.
8. Poursuite de l'usage de cannabis malgré la conscience des problèmes psychologiques ou physiques qu'il engendre.
9. Tolérance définie par l'un des symptômes suivants : (a) besoin de quantités notablement plus fortes de cannabis pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré ; (b) effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité du produit.
10. Sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes : (a) syndrome de sevrage caractéristique du cannabis ; (b) la même substance est prise (ou une substance proche) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage. »

En pratique, on considère un trouble comme « léger » s'il y a la présence d'au moins deux ou trois critères. Le trouble est considéré comme « modéré » si au moins quatre ou cinq critères sont présents. Le trouble est « sévère » quand il y a six critères ou plus.

Nous avons étudié ces critères de DSM et les items des échelles ASSIST et CAST afin de réaliser notre propre questionnaire (annexe 1). Nous avons réparti de façon aléatoire les différents items de chacun des questionnaires, en choisissant de se concentrer dans une première partie sur la personne, son mode de vie, ses loisirs. Dans une deuxième partie, nous avons cherché à savoir si la personne était consommatrice de cannabis, et si cette consommation engendrait des problèmes sociaux, personnels, professionnels et notamment celui de l'échec scolaire.

Nous avons choisi une période de trois mois pour le déroulé des questions car nous ne connaissons pas les personnes répondant à ce questionnaire, ainsi nous ne connaissons pas leur passé de consommateur de cannabis. Nous avons également choisi cette période de trois mois afin d'éviter un changement d'année universitaire durant l'étude, par exemple passage d'un étudiant de licence en master. Cette période de trois mois a été choisie pour limiter au maximum le risque d'anomalies dans les résultats statistiques et favoriser l'analyse sur le court terme. Il paraissait difficile pour l'analyse des résultats de mélanger du long terme (douze mois) et du court terme (trois mois), car cette consommation de cannabis peut évoluer rapidement en l'espace de quelques mois.

II. Population

Les données ont été recueillies via un questionnaire anonyme réalisé sur www.limesurvey.org/fr/, diffusé du 18 mai au 30 Juin 2017 via les réseaux sociaux (Facebook principalement) et des listes de mails. Les participants étaient des adultes de 18 à 40 ans. Le seul critère d'exclusion était l'absence du statut étudiant.

III. Données recueillies

1) Données démographiques et socio-économiques

Les participants étaient interrogés sur :

- leur sexe ;
- leur âge ;
- leur statut étudiant (*oui / non*) ;
- leur niveau d'études (*nombre d'années post-bac*) ;
- le domaine de leur cursus universitaire (*scientifique / santé / économique / social / juridique / littéraire / industrie / communication / loisirs*) ;
- la région dans laquelle était effectué leur cursus ;
- leur logement (*seul(e) / chez vos parents ou en famille / en colocation / en couple*) ;
- leurs principales ressources financières (*job étudiant ou CDI / job d'été / aide des parents ou de la famille / emprunt étudiant / bourse d'étude*) ;
- s'ils pratiquaient une activité sportive (*jamais / de temps en temps / souvent / très souvent*) ;
- s'ils faisaient partie d'une association étudiante (*oui / non*) ;
- ainsi que leur budget mensuel pour les loisirs (*< 50 euros / 50-100 euros / 100-150 euros / > 150 euros*).

2) Consommation de cannabis et autres drogues

Les participants étaient interrogés sur leur fréquence de consommation de cannabis au cours des 3 derniers mois, selon les items suivants :

- *jamais* ;
- *1 ou 2 fois* ;
- *1 à 3 fois par mois* ;
- *1 à 4 fois par semaine* ;
- *chaque jour ou presque*.

Le choix des 3 mois permettait de représenter l'usage actuel de cannabis chez les étudiants.

Il ne permettait cependant pas d'évaluer la prévalence de l'expérimentation au sein de cet échantillon.

En cas de réponse positive, il leur était demandé :

- la période totale de consommation de cannabis (*moins de 3 mois / entre 3 mois et 1 an / entre 1 et 2 ans / entre 2 et 5 ans / plus de 5 ans*) ;
- la principale raison de cette consommation (*se détendre / oublier ses problèmes / faire la fête / faire comme ses amis*) ;
- ainsi que le fait d'avoir déjà fumé du cannabis le matin (*oui / non*).

Les participants étaient également interrogés sur leur consommation au cours des 3 derniers mois de tabac, alcool, drogues (*cocaïne, amphétamine ...*) et médicaments psychotropes (*sédatifs, anxiolytiques, antidépresseurs ...*).

3) Conséquences médico-sociales de la consommation de cannabis

Les questions étaient extraites du questionnaire CAST et amenaient à une réponse binaire (oui / non en version courte), basées sur la consommation des 3 derniers mois. Ces questions étaient :

- « Votre consommation a-t-elle entraîné des problèmes de santé, sociaux, de scolarité, légaux ou financiers ? » ;
- « Est-ce qu'un ami, membre de votre famille, proche ou quelqu'un d'autre s'est déjà préoccupé de votre consommation ? » ;
- « Avez-vous déjà essayé, sans succès, de contrôler, diminuer ou arrêter votre consommation de cannabis ? » ;
- « Avez-vous eu des problèmes de mémoire que vous pensez être liés à votre consommation de cannabis ? ».

La question « avez-vous déjà fumé du cannabis lorsque vous étiez seul(e) ? » n'a pas été posée.

IV. Détermination du risque d'usage problématique de cannabis

A partir des réponses au questionnaire, le score CAST de chaque participant consommateur de cannabis était établi (de 0 à 5). Le statut « à risque d'usage problématique de cannabis » était défini comme un score supérieur ou égal à 2, selon les recommandations de la HAS.

V. Analyses statistiques

Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel IBM SPSS Statistics 20. Un test de Shapiro-Wilk a été utilisé pour tester la normalité de la distribution des variables quantitatives. Les variables quantitatives distribuées normalement ont été décrites par leur moyenne (+/- écart-type), tandis que les variables avec une distribution asymétrique ont été décrite par leur médiane (1^{er} quartile – 3^{ème} quartile). Un test de student a été utilisé pour comparer les variables quantitatives, si leur distribution était normale ou leur effectif suffisant. Les variables qualitatives ont été décrites par leur effectif et proportion. Un test du Khi² a été utilisé pour comparer les variables qualitatives, corrigé par un test exact de Fisher en cas d'effectifs insuffisants.

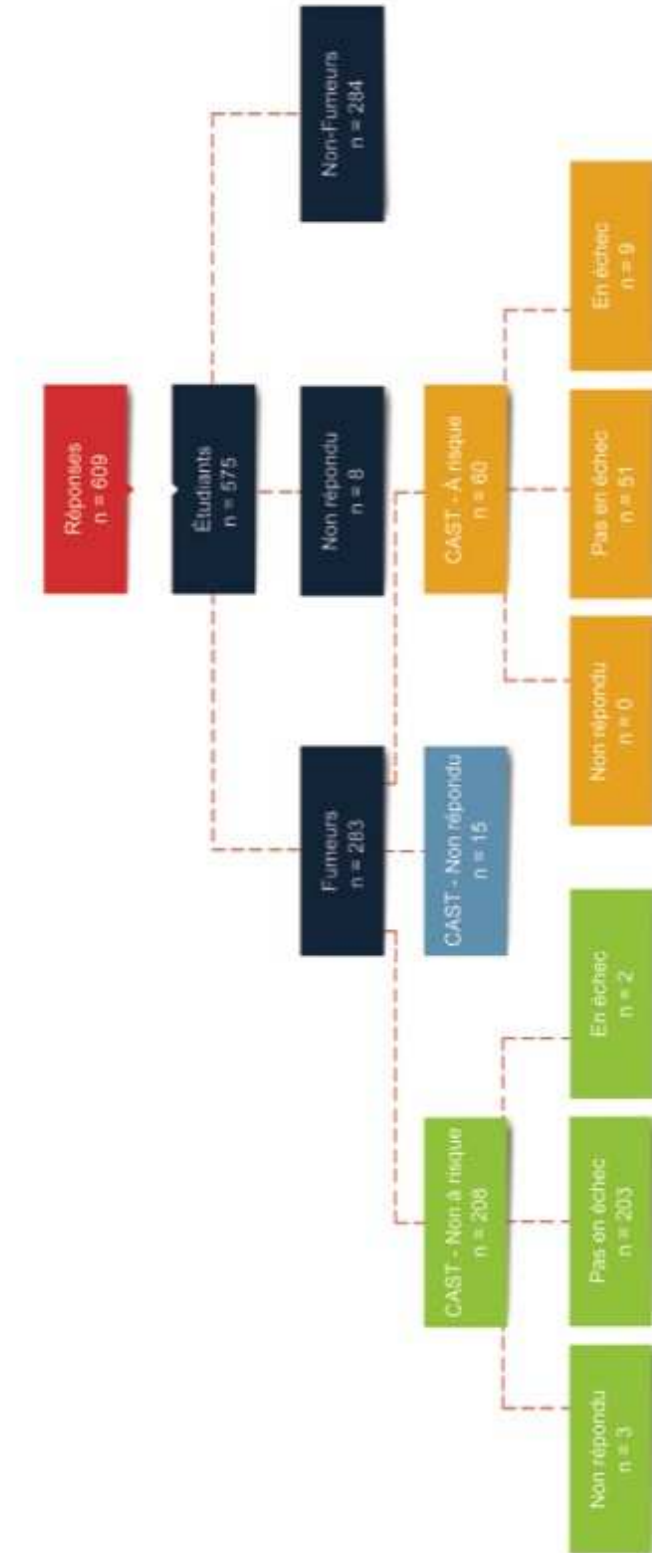
Une méthode de régression logistique binaire univariée a été réalisée pour identifier les potentielles variables associées au risque d'usage problématique de cannabis à partir du questionnaire CAST. Toutes les variables sociodémographiques et de co-intoxications précédemment décrites ont été incluses comme variables indépendantes dans le modèle. L'hypothèse de log-linéarité a été vérifiée pour les variables quantitatives. Chaque variable multimodale a été recodée en plusieurs variables binaires et une modalité de référence. Les modalités ne présentant pas un effectif suffisant pour l'analyse ont été regroupées entre elles.

Une méthode de régression logistique binaire multivariée a ensuite été réalisée selon plusieurs modèles (méthodes ascendantes et descendantes selon Wald ou le Rapport de vraisemblance, et méthode d'entrée), pour ajuster aux différents facteurs confondants et sélectionner les variables indépendantes significatives. Le fonctionnement du modèle a été vérifié par un test de rapport de vraisemblance, puis chaque variable a été étudiée individuellement par un test de

Wald. Le seuil de significativité a été fixé à 5%. Les coefficients obtenus ont été recalculés en exponentielle afin d'obtenir des Odds-Ratio (OR) avec des intervalles de confiance à 95% (IC95). La calibration du modèle a été validée par un test de Hosmer-Lemeshow. Le pouvoir discriminant du modèle a été vérifié par une courbe ROC (une aire sous la courbe supérieure à 0,7 était considérée comme satisfaisante).

RESULTATS

I. Flowchart



II. Description de l'échantillon

1) Caractéristiques socio-démographiques

Au total, 609 réponses ont été recueillies. 34 ont été exclues en raison de l'absence du statut étudiant. La médiane d'âge retrouvée était de 21 ans [20 – 23 ans] parmi les 575 personnes restantes. La proportion d'hommes est de 40,7%. La consommation de cannabis a ainsi pu être évaluée chez 567 sujets. Des sujets n'ayant pas répondu à certains items, leurs données n'ont donc pas été recueillies. On compte 283 (49,9%) sujets ayant déjà consommé du cannabis au moins une fois au cours des trois derniers mois. Cet usage, considéré comme actuel, concernait 147 hommes (63,9%) et 136 femmes (40,6%).

Dans cette population étudiante, 67,0% sont en licence et 26,0% en master. La majorité de l'échantillon effectue un cursus en santé (42,5%) dans les Hauts de France (75,8%). 34,1% vivent seuls ou en famille (30,6%) avec pour principale ressource financière, une aide familiale (59,7%). La majorité des étudiants de cette population pratique une activité sportive moins d'une fois par semaine (33,9%) ou à une à deux fois par semaine (34,3%), et qui allouent un budget aux loisirs de 50 à 100€ par mois (41,2%).

		Total (n = 575)
Sexe masculin		233 (40.7%)
Age (années)		21 [20 ; 23]
Niveau d'études	Baccalauréat	14 (2.4%)
	Licence	384 (67.0%)
	Master	149 (26.0%)
	Doctorat	26 (4.5%)
Cursus	Communication	14 (2.5%)
	Economie	90 (16.2%)
	Industrie	6 (1.1%)
	Juridique	32 (5.8%)
	Littéraire	58 (10.4%)
	Loisirs	5 (0.9%)
	Santé	236 (42.5%)
	Sciences	72 (13.0%)
	Social	43 (7.7%)
Région	Auvergne – Rhône-Alpes	42 (7.5%)
	Bourgogne – Franche-Comté	2 (0.4%)
	Bretagne	7 (1.3%)
	Centre – Val de Loire	2 (0.4%)
	Grand Est	3 (0.5%)
	Haut-de-France	423 (75.8%)
	Ile-de-France	27 (4.8%)
	Martinique	1 (0.2%)
	Normandie	3 (0.5%)
	Nouvelle Aquitaine	24 (4.3%)
	Occitanie	7 (1.3%)
	Pays de la Loire	12 (2.2%)
	Provence - Alpes-Côte d'Azur	5 (0.9%)
Logement	Colocation	122 (22.3%)
	En couple	71 (13.0%)
	En famille	167 (30.6%)
	Seul	186 (34.1%)
Ressources	Aide familiale	339 (59.7%)
	Bourse d'étude	86 (15.1%)
	Emprunt	17 (3.0%)
	Job d'été	28 (4.9%)
	Job étudiant	98 (17.3%)
Sport	Jamais	81 (14.5%)
	< 1 fois par semaine	189 (33.9%)
	1 à 2 fois par semaine	191 (34.3%)
	> 2 fois par semaine	96 (17.2%)
Associatif		134 (23.7%)
Budget	Moins de 50€ par mois	181 (32.0%)
	50 à 100€ par mois	233 (41.2%)
	100 à 150€ par mois	94 (16.6%)
	Plus de 150€ par mois	58 (10.3%)

Tableau 1 : Caractéristiques de l'échantillon d'étudiants

2) Données sur les consommateurs

Comme cela a été expliqué précédemment, le score CAST de chaque participant consommateur de cannabis a été défini comme un score supérieur ou égal à 2, selon les recommandations de la HAS.

Le score CAST a alors pu être déterminé chez 268 sujets consommateurs de cannabis. Au total, 52,6% d'entre eux étaient des hommes contre 29,4% chez les non-consommateurs.

Parmi ces consommateurs, 36% ont consommé du cannabis 1 ou 2 fois dans les trois derniers mois, 23% en ont consommé 1 à 3 fois par mois, 18% en ont consommé 1 à 4 fois par semaine et 23% en ont consommé tous les jours ou presque.

Ainsi, 20,5% de l'ensemble de l'échantillon est concerné par un usage régulier de cannabis (correspondant à 11,5% de consommation « chaque jour ou presque chaque jour », et 9% de consommation « 1 à 4 fois par semaine »), et 29,5% est concerné par un usage plus occasionnel (18% de consommation « 1 à 2 fois au cours des 3 derniers mois », et 11,5% de consommation « 1 à 3 fois par mois »).

Toutes les données démographiques, socio-économiques et de co-consommation concernant les 268 sujets consommateurs de cannabis et dont le score CAST a pu être établi, sont indiquées dans le tableau 2 ci-dessous.

		Total (n = 268)
Sexe	(hommes)	141 (52,6%)
Age (années)		21 [20 - 22]
Etudes	Bac	7 (2,6%)
	Licence	184 (68,7%)
	Master	71 (26,5%)
	Doctorat	6 (2,2%)
Cursus	Communication	10 (3,8%)
	Economie	52 (19,8%)
	Industrie	2 (0,8%)
	Juridique	17 (6,5%)
	Littéraire	24 (9,2%)
	Loisirs	4 (1,5%)
	Santé	94 (35,9%)
	Sciences	35 (13,4%)
	Social	24 (9,2%)
	Région	Auvergne - Rhône-Alpes
Bretagne		3 (1,2%)
Centre - Val de Loire		1 (0,4%)
Grand Est		1 (0,4%)
Haut-de-France		197 (76,1%)
Ile-de-France		10 (3,9%)
Normandie		3 (1,2%)
Nouvelle Aquitaine		6 (2,3%)
Occitanie		2 (0,8%)
Pays de la Loire		5 (1,9%)
Provence - Alpes-Côte d'Azur		4 (1,5%)
Logement	Colocation	66 (26%)
	En couple	27 (10,6%)
	En famille	66 (26%)
	Seul	95 (37,4%)
Ressources	Aide familiale	165 (63%)
	Bourse d'étude	38 (14,5%)
	Emprunt	7 (2,7%)
	Job d'été	9 (3,4%)
	Job étudiant	43 (16,4%)
Sport	Jamais	35 (13,3%)
	< 1 fois par semaine	82 (31,2%)
	1 à 2 fois par semaine	95 (36,1%)
	> 2 fois par semaine	51 (19,4%)
Associatif		72 (27%)
Budget	Moins de 50€ par mois	66 (24,8%)
	50 à 100€ par mois	108 (40,6%)
	100 à 150€ par mois	59 (22,2%)
	Plus de 150€ par mois	33 (12,4%)
Tabac		215 (80,2%)
Alcool		258 (96,3%)
Autres drogues		56 (20,9%)
Médicaments		21 (7,8%)

Tableau 2 : Caractéristiques de l'échantillon de fumeurs

Suite à la réalisation de ce score CAST, 60 sujets (22,4%) étaient classés « à risque d'usage problématiques de cannabis » contre 208 sujets (77,6%) classés « non à risque ». 27,7% des hommes avaient un usage problématique, contre 16,7% des femmes. La moyenne d'âge était de 21 ans [20 – 22 ans] dans l'échantillon total, et dans les sous-groupes CAST.

Lorsque l'on croise la consommation des consommateurs et les sujets ayant un risque CAST, on remarque que 45,9% (95 sujets) des 207 sujets « non à risque » ont consommé 1 à 2 fois du cannabis au cours des trois derniers mois et que 9,2% (19 sujets) en consomment tous les jours ou presque.

Chez les 60 sujets « à risque d'usage problématique de cannabis », 1,7% des consommateurs (1 sujet) ont consommé du cannabis 1 à 2 fois dans les trois derniers mois, alors que 68,3% des consommateurs de cannabis (41 sujets) consomment chaque jour ou presque chaque jour.

		Usage problématique (n = 60)	Usage non problématique (n = 208)	p ⁹
Sexe	(hommes)	39 (65%)	102 (49,3%)	0,032
Age (années)		21 [20 - 22]	21 [20 - 22]	0,642
Etudes	Bac	3 (5%)	4 (1,9%)	0,055
	Licence	47 (78,3%)	17 (65,9%)	
	Master	10 (16,7%)	61 (29,3%)	
	Doctorat	0 (0%)	6 (2,9%)	
Cursus	Communication	3 (5,1%)	7 (3,4%)	0,545
	Economie	16 (27,1%)	36 (17,7%)	
	Industrie	1 (1,7%)	1 (0,5%)	
	Juridique	3 (5,1%)	14 (6,9%)	
	Littéraire	5 (8,5%)	19 (9,4%)	
	Loisirs	0 (0%)	4 (2%)	
	Santé	16 (27,1%)	78 (38,4%)	
	Sciences	9 (15,3%)	26 (12,8%)	
	Social	6 (10,2%)	18 (8,9%)	
	Région	Auvergne - Rhône-Alpes	9 (15%)	
Bretagne		0 (0%)	3 (1,5%)	
Centre - Val de Loire		0 (0%)	1 (1,5%)	
Grand Est		0 (0%)	1 (0,5%)	
Haut-de-France		43 (71,7%)	154 (77,4%)	
Ile-de-France		2 (3,3%)	8 (4%)	
Normandie		1 (1,7%)	2 (1%)	
Nouvelle Aquitaine		1 (1,7%)	5 (2,5%)	
Occitanie		1 (1,7%)	1 (0,5%)	
Pays de la Loire		2 (3,3%)	3 (1,5%)	
Provence - Alpes-Côte d'Azur		1 (1,7%)	3 (1,5%)	
Logement	Colocation	16 (28,1%)	50 (25,4%)	0,805
	En couple	6 (10,5%)	21 (10,7%)	
	En famille	12 (21,1%)	54 (27,4%)	
	Seul	23 (40,4%)	72 (36,5%)	
Ressources	Aide familiale	35 (59,3%)	130 (64%)	0,13
	Bourse d'étude	13 (22%)	25 (12,3%)	
	Emprunt	3 (5,1%)	4 (2%)	
	Job d'été	2 (3,4%)	7 (3,4%)	
	Job étudiant	6 (10,2%)	37 (18,2%)	
Sport	Jamais	12 (20,3%)	23 (11,3%)	0,095
	< 1 fois par semaine	22 (37,3%)	60 (29,4%)	
	1 à 2 fois par semaine	15 (25,4%)	80 (39,2%)	
	> 2 fois par semaine	10 (16,9%)	41 (20,1%)	
Associatif		13 (21,7%)	59 (28,5%)	0,293
Budget	Moins de 50€ par mois	12 (20%)	54 (26,2%)	0,213
	50 à 100€ par mois	24 (40%)	84 (40,8%)	
	100 à 150€ par mois	12 (20%)	47 (22,8%)	
	Plus de 150€ par mois	12 (20%)	21 (10,2%)	
Tabac		51 (85%)	164 (78,8%)	0,292
Alcool		55 (91,7%)	203 (97,6%)	0,048
Autres drogues		23 (38,3%)	33 (15,9%)	0,0001
Médicaments		6 (10%)	15 (7,2%)	0,585

Tableau 3 : Statistiques descriptives de la consommation à risque à partir du questionnaire CAST

⁹ p est la *p-value* ou valeur p est le degré de signification du test. Si p est faible (< 0,05), la différence observée est significative.

3) Habitudes de consommation chez les fumeurs

Pour la majorité des fumeurs (51,3%), lors de notre étude, cela fait entre deux et cinq ans qu'ils consomment du cannabis. Ils consomment principalement pour faire la fête (70,4%) ou pour se détendre (64,0%).

Au cours des trois derniers mois, 11,6% des sujets ont déclaré consommer du cannabis dès le matin, 19,9% ont eu un proche préoccupé par leur consommation, 13,5% ont déjà fait une tentative d'arrêt ou de contrôle de leur consommation sans succès et 17,2% ont déjà eu des problèmes liés à leur consommation.

La plupart ont des consommations associées au cannabis, 80,2% ont une co-consommation de tabac et 96,3% sont concernés par une co-consommation avec de l'alcool.

		Total (n = 283)
Durée de consommation	Moins de 3 mois	4 (2.1%)
	Entre 3 mois et 1 an	11 (5.8%)
	Entre 1 et 2 ans	31 (16.4%)
	Entre 2 et 5 ans	97 (51.3%)
	Plus de 5 ans	46 (24.3%)
Raisons	Pour se détendre	171 (64.0%)
	Pour oublier ses problèmes	47 (17.6%)
	Pour faire la fête	188 (70.4%)
	Pour faire comme ses amis	19 (7.1%)
Cannabis le matin		31 (11.7%)
Inquiétude d'un proche		53 (19.9%)
Problème de contrôle		36 (13.5%)
Consommations associées	Tabac	214 (80.2%)
	Alcool	257 (96.3%)
	Drogues	56 (21.0%)
	Médicaments	21 (7.9%)

Tableau 4 : Habitudes de consommations chez les fumeurs – Partie 1

Au cours des trois derniers mois, 65,2% n'ont pas senti le besoin irréprensible de consommer du cannabis, contre 15% une à deux fois sur les trois derniers mois. 14,7% ont eu des problèmes sociaux, de scolarité ou de santé une à deux fois au cours des trois derniers mois, et 17% ont eu du mal à accomplir quelque chose qui était normalement attendu d'eux.

	Jamais	1 ou 2 fois	1 à 3 fois / mois	1 à 4 fois / semaine	Chaque jour ou presque
Besoin irréprensible	174 (65.2%)	40 (15.0%)	24 (9.0%)	17 (6.4%)	12 (4.5%)
Problèmes	220 (82.7%)	39 (14.7%)	3 (1.1%)	1 (0.4%)	3 (1.1%)
Accomplissement	205 (77.4%)	45 (17.0%)	13 (4.9%)	1 (0.4%)	1 (0.4%)

Tableau 5 : Habitudes de consommation chez les fumeurs – Partie 2

Chez les sujets consommateurs, 15,9% estiment avoir déjà eu des problèmes de mémoire qu'ils pensent être liés à leur consommation de cannabis, 13,2% ont déjà été absents suite à leur consommation de cannabis, et 4,2% estiment être en échec scolaire à cause de leur consommation de cannabis.

	Total (n = 283)
Problèmes de mémoire	42 (15.9%)
Absences	35 (13.2%)
Echec scolaire	11 (4.2%)

Tableau 6 : Réussite scolaire chez les fumeurs

4) Echec scolaire chez les fumeurs

Parmi les 268 personnes évaluées par le questionnaire CAST, 11 sujets estiment être en échec scolaire. 54,6% sont des hommes avec une moyenne d'âge de 21 ans [19 – 21 ans].

90,9% sont en licence, 45,5% perçoivent une aide familiale et 36,4% ont une bourse d'études. Il faut noter qu'il y a 13,7% des sujets non à risque qui perçoivent également une bourse.

45,4% font du sport moins d'une fois par semaine.

63,6% consomment du cannabis pour oublier leurs problèmes contre 15,8% des consommateurs non à risque d'échec scolaire.

		Pas en échec (n =254)	En échec (n=11)	p
Sexe masculin		133 (52.6%)	6 (54.6%)	0.90
Age (années)		21 [20 ; 22]	21 [19 ; 21]	0.33
Niveau d'études	Baccalauréat	6 (2.4%)	1 (9.1%)	0.006
	Licence	172 (67.7%)	10 (90.9%)	
	Master	70 (27.6%)	0 (0%)	
	Doctorat	6 (2.4%)	0 (0%)	
Cursus	Communication	9 (3.6%)	1 (9.1%)	0.08
	Economie	50 (20.2%)	1 (9.1%)	
	Industrie	1 (0.4%)	1 (9.1%)	
	Juridique	17 (6.9%)	0 (0%)	
	Littéraire	23 (9.3%)	1 (9.1%)	
	Loisirs	4 (1.6%)	0 (0%)	
	Santé	90 (36.3%)	2 (18.2%)	
	Sciences	32 (12.9%)	3 (27.3%)	
	Social	22 (8.9%)	2 (18.2%)	
Région	Auvergne – Rhône-Alpes	24 (9.8%)	2 (18.2%)	0.43
	Bretagne	3 (1.2%)	0 (0%)	
	Centre – Val de Loire	1 (0.4%)	0 (0%)	
	Grand Est	1 (0.4%)	0 (0%)	
	Haut-de-France	188 (76.7%)	7 (63.6%)	
	Ile-de-France	9 (3.7%)	1 (9.1%)	
	Normandie	3 (1.2%)	0 (0%)	
	Nouvelle Aquitaine	6 (2.5%)	0 (0%)	
	Occitanie	2 (0.8%)	0 (0%)	
	Pays de la Loire	4 (1.6%)	1 (9.1%)	
	Provence - Alpes-Côte d'Azur	4 (1.6%)	0 (0%)	
Logement	Colocation	64 (26.6%)	1 (10.0%)	0.20
	En couple	24 (10.0%)	3 (30.0%)	
	En famille	62 (25.7%)	3 (30.0%)	
	Seul	91 (37.8%)	3 (30.0%)	
Ressources	Aide familiale	158 (63.7%)	5 (45.5%)	0.03
	Bourse d'étude	34 (13.7%)	4 (36.4%)	
	Emprunt	6 (2.4%)	1 (9.1%)	
	Job d'été	8 (3.2%)	1 (9.1%)	
	Job étudiant	42 (16.9%)	0 (0%)	
Sport	Jamais	33 (13.3%)	2 (18.2%)	0.53
	< 1 fois par semaine	76 (30.5%)	5 (45.4%)	
	1 à 2 fois par semaine	92 (37.0%)	2 (18.2%)	
	> 2 fois par semaine	48 (19.3%)	2 (18.2%)	
Associatif		70 (27.7%)	1 (9.1%)	0.30
Budget	Moins de 50€ par mois	62 (24.6%)	3 (27.3%)	0.52
	50 à 100€ par mois	102 (40.5%)	4 (36.4%)	
	100 à 150€ par mois	55 (21.8%)	4 (36.4%)	
	Plus de 150€ par mois	33 (13.1%)	0 (0%)	

Tableau 7 : Caractéristiques socio-démographiques de l'échec scolaire chez les fumeurs

		Pas en échec (n =254)	En échec (n=11)	p
Durée de consommation	Moins de 3 mois	4 (2.2%)	0 (0%)	0.84
	Entre 3 mois et 1 an	11 (6.1%)	0 (0%)	
	Entre 1 et 2 ans	31 (17.1%)	0 (0%)	
	Entre 2 et 5 ans	91 (50.3%)	4 (66.7%)	
	Plus de 5 ans	44 (24.3%)	2 (33.3%)	
Raisons	Pour se détendre	162 (63.8%)	8 (72.7%)	0.75
	Pour oublier ses problèmes	40 (15.8%)	7 (63.6%)	0.0007
	Pour faire la fête	180 (70.9%)	6 (54.6%)	0.31
	Pour faire comme ses amis	18 (7.1%)	1 (9.1%)	0.57
Consommations associées	Tabac	201 (79.1%)	11 (100%)	0.13
	Alcool	245 (96.5%)	10 (90.9%)	0.35
	Drogues	53 (20.9%)	3 (27.3%)	0.70
	Médicaments	19 (7.5%)	2 (18.2%)	0.21
Absences		27 (10.6%)	8 (72.7%)	<0.0001

Tableau 8 : Habitudes de consommation chez les fumeurs en échec scolaire

5) Analyse par régression logistique

Les résultats de l'analyse par régression logistique binaire univariée sont indiqués dans le tableau 9. Les variables les plus associées positivement au risque d'usage problématique de cannabis étaient la co-consommation d'autres drogues, un budget dédié aux loisirs supérieur à 150 euros et les ressources financières par aide familiale ou job étudiant. Les variables les plus associées négativement étaient le sexe féminin, les études en master ou doctorat, la pratique du sport au moins une fois par semaine et la co-consommation d'alcool.

		OR	IC	p
Sexe (femme)		0,523	[0,288 - 0,95]	0,033
Age		0,97	[0,852 - 1,104]	0,642
Etudes (master ou doctorat)		0,421	[0,201 - 0,881]	0,022
Cursus	Autres*	référence		0,284
	Santé	0,718	[0,339 - 1,521]	0,387
	Economie	1,556	[0,707 - 3,421]	0,272
	Sciences	1,212	[0,482 - 3,044]	0,683
Région (Hauts-de-France**)		0,739	[0,385 - 1,419]	0,364
Logement	Seul	référence		0,807
	Colocation	1,002	[0,481 - 2,085]	0,996
	En couple	0,894	[0,322 - 2,484]	0,830
	En famille	0,696	[0,318 - 1,521]	0,363
Ressources	Autres***	référence		0,067
	Aide familiale	0,538	[0,273 - 1,061]	0,073
	Job étudiant	0,324	[0,116 - 0,910]	0,032
Sport	Jamais	référence		0,102
	< 1 fois par semaine	0,703	[0,3 - 1,647]	0,417
	1 à 2 fois par semaine	0,359	[0,148 - 0,875]	0,024
	> 2 fois par semaine	0,467	[0,175 - 1,248]	0,129
Associatif (oui)		0,694	[0,35 - 1,375]	0,295
Budget	< 50 euros	référence		0,227
	50 à 100 euros	1,286	[0,594 - 2,784]	0,524
	100 à 150 euros	1,149	[0,472 - 2,799]	0,760
	> 150 euros	2,571	[0,999 - 6,62]	0,050
Tabac (oui)		1,52	[0,695 - 3,326]	0,294
Alcool (oui)		0,271	[0,076 - 0,969]	0,045
Drogues (oui)		3,296	[1,739 - 6,25]	< 0,0001
Médicaments (oui)		1,43	[0,529 - 3,862]	0,481

OR = Odds-Ratio ; IC95 = Intervalle de confiance à 95%

* Communication, Industrie, Juridique, Littéraire, Loisirs, Social

** par rapport aux autres régions

*** Job d'été, emprunt étudiant, bourse d'étude

Tableau 9 : Résultats de la régression logistique univariée

Les résultats du modèle final de l'analyse par régression logistique binaire multivariée sont indiqués dans le tableau 10.

Une association positive avec le risque d'usage problématique était retrouvée pour les sujets allouant plus de 150 euros par mois à leur budget loisir (OR = 4,278 [1,342 – 13,639], p = 0,014) et en cas de co-consommation d'autres drogues (OR = 3,359 [1,674 – 6,741], p = 0,001).

Les facteurs protecteurs étaient la co-consommation d'alcool (OR = 0,079 [0,016 – 0,380], p = 0,002), le niveau d'étude master ou doctorat (OR = 0,349 [0,147 – 0,825], p = 0,017, par rapport à bac ou licence) et le fait d'avoir un job étudiant (OR = 0,277 [0,085 – 0,904], p = 0,033, par rapport à emprunt / job d'été / bourse). L'âge et le sexe n'étaient pas associés significativement au risque d'usage problématique de cannabis.

	OR	IC	p
Sexe (F)	0,591	[0,304 - 1,151]	0,122
Age	1,061	[0,918 - 1,227]	0,422
Etudes (Master ou Doctorat)	0,349	[0,147 - 0,825]	0,017
Budget (> 150 euros par mois)	4,278	[1,342 - 13,639]	0,014
Ressources (Job étudiant)	0,277	[0,085 - 0,904]	0,033
Alcool	0,079	[0,016 - 0,380]	0,002
Drogues	3,359	[1,674 - 6,741]	0,001

OR = Odds-Ratio ; IC95 = Intervalle de confiance à 95%

Tableau 10 : Modèle final de régression logistique multivariée

DISCUSSION

I. Épidémiologie de la consommation de cannabis chez les étudiants

Dans notre étude, la proportion d'étudiants ayant consommé du cannabis au cours de trois derniers mois a été évaluée à 49,9%, avec 20,5% d'usage régulier.

Une prédominance masculine était retrouvée à 63,9%. 22,4% de ces consommateurs étaient classés par le questionnaire de dépistage CAST comme à risque d'usage problématique de cannabis.

Dans l'étude Baromètre Santé 2016, le CAST évaluait à 21% le taux d'usagers actuels de 18 à 64 ans ayant un risque élevé d'usage problématique ou de dépendance (9).

Le questionnaire étant anonyme et entièrement en ligne, nous pensons que le biais lié à la dissimulation des consommations réelles de cannabis par les sujets a été minimisé et donc ainsi, que le risque de sous-estimation de cette prévalence est faible. En revanche, il est possible que plusieurs participants potentiels, non consommateurs de cannabis, ne se soient pas sentis concernés par cette étude, pouvant entraîner un manque de données et donc une possible surestimation des résultats.

Comme attendue, la prédominance masculine est retrouvée, tant pour la consommation sur les trois derniers mois (63,9%) que pour un risque d'usage problématique (27,7% d'hommes contre 16,7% de femmes).

En parallèle à l'observation sur l'échantillon total, une augmentation globale de la prévalence de la consommation est visible pour les deux sexes, avec 63,9% de consommateurs chez les hommes et 40,6% chez les femmes (contre 35% et 21% chez les 18-25 ans selon l'OFDT) (9).

22,4% des sujets ont été classés comme « à risque d'usage problématique » par le questionnaire CAST. Cette prévalence est sous-estimée par la cotation du score sur 5 points au lieu de 6 en l'absence d'un des items du questionnaire (« Avez-vous déjà fumé lorsque vous étiez seul(e) ? »). Comme le questionnaire portait sur la

consommation des trois derniers mois, le taux d'expérimentation qui lui concerne une usage au moins une fois au cours de la vie, n'a pas pu être évalué.

II. Facteurs de risques d'usage problématique de la consommation de cannabis

Nous avons mis en évidence que la co-consommation d'autres drogues multipliait d'un facteur 3,5 le risque d'être usager problématique. Cela semble logique puisqu'il est connu que la majorité des autres drogues amène à un risque d'usage problématique. En revanche, notre résultat concernant l'alcool comme facteur protecteur très significatif est étonnant. L'alcool étant licite en France, on peut se demander si les étudiants préfèrent consommer un produit licite et facile d'accès plutôt qu'une substance illicite, telle que le cannabis. Dans le même sens, il est possible qu'un choix de consommation soit fait entre alcool et cannabis, afin d'éviter une consommation concomitante.

La limite à cette explication est la question concernant les co-consommations. En effet, la réponse demandée étant binaire, nous n'avons pas d'informations sur la fréquence de co-consommation, ni les quantités consommées ainsi que les modalités de consommation d'autres drogues.

Nous avons mis en évidence un facteur de risque économique avec une multiplication par 4,3 le risque d'usage problématique de cannabis, quand la personne alloue un budget de plus de 150€ par mois à ses loisirs. On peut supposer qu'un tel budget permettrait à ces consommateurs de se fournir plus facilement en cannabis et ainsi d'augmenter leur consommation. A l'inverse, on peut penser que les étudiants avec un budget global plus restreint seraient limités dans leur consommation de cannabis. Cette hypothèse pourrait être validée par le fait qu'avoir un job étudiant apparaît comme un facteur protecteur (OR = 0,277 [0,085 – 0,904], p = 0,033).

Plusieurs explications pourraient être envisagées : soit le fait de travailler diminue le temps dédié aux loisirs et donc à la consommation, soit la personne ayant un job étudiant a besoin de ressources supplémentaires pour subvenir au coût de la vie étudiante, réduisant ainsi le budget attribué aux loisirs et donc à la consommation de cannabis.

Notre étude a mis en évidence un dernier facteur protecteur qui est le niveau d'études. En effet, le fait que l'étudiant soit en master ou en doctorat (bac+4 minimum), multiplie d'un facteur 0,349 le risque d'usage problématique de cannabis, ce qui signifie que le risque est divisé par 2,9. A l'inverse, comme nous le montre nos données socio-démographiques, le fait d'être en licence serait un facteur de risque de consommation de cannabis, avec ici 68,3% des étudiants consommateurs. Cela pourrait s'expliquer par l'acquisition de connaissances au cours des études sur les drogues et leurs conséquences, mais aussi le fait d'avoir plus de maturité et de responsabilités. On peut également prendre en compte la difficulté et la longévité des études supérieures réduisant ainsi le temps pour les loisirs. Le fait de vouloir préserver ses capacités cognitives pourrait être une autre interprétation.

Les autres variables dans notre modèle ne sont pas significatives. Malgré une prédominance de consommation masculine observée, le sexe n'apparaît pas comme un facteur de risque significatif ainsi que l'âge. Dans cette tranche d'âge restreinte volontairement avec le statut étudiant, il n'y a pas de différence de risque. L'OFDT constatait une surconsommation en Ile-de-France et une sous-consommation dans les Hauts-de-France (9). Cette dernière étant majoritairement représentée ici, on ne peut pas conclure que la région est un facteur de risque significatif à une consommation à risque de cannabis. L'association à d'autres variables n'a pas été étudiée. Il pourrait être intéressant de se préoccuper dans une autre étude de la consommation de l'entourage (famille, amis, milieu professionnel...), des antécédents médicaux personnels et familiaux (psychiatriques notamment), de la prévention faite à propos du cannabis par les parents ainsi que de la situation parentale (marié, divorcé, veuf, célibataire...).

III. Fumeurs en échec scolaire

Nous avons mis en évidence 11 étudiants, parmi les 265 étudiants répondant aux critères CAST, qui estiment être en échec scolaire.

Plusieurs facteurs ressortent comme étant significatifs d'un « risque d'usage problématique de cannabis ».

Le fait d'être en licence pour 90,9% des étudiants en échec scolaire est significatif ($p=0,006$). Cette information rejoint ce qui a été établi ci-dessus c'est à dire que le niveau d'études (master ou doctorat) est un facteur protecteur de risque d'usage problématique de cannabis. En revanche, on remarque que 36,4% des étudiants potentiellement en échec scolaire possèdent une bourse d'études, à la différence des fumeurs qui ne le sont pas, qui ne sont que 13,7% à posséder une bourse d'études.

Ainsi, le fait d'avoir une bourse d'études n'est-il pas un moyen facile d'avoir de l'argent pour ensuite consommer du cannabis ?

Le cursus, la région d'études et le logement ne sont pas significatifs d'usage problématique de cannabis pour ces étudiants en échec scolaire, ainsi que le budget alloué aux loisirs, la pratique du sport et l'associatif.

De même, il y a un autre élément qui ressort de cette étude qui est la raison de consommation. En effet, on remarque que 63,6% des étudiants potentiellement en échec scolaire consomment pour oublier leurs problèmes. A la différence de 15,8% des étudiants qui ne sont potentiellement pas en échec scolaire. La différence est très importante.

Il pourrait être intéressant dans une prochaine étude de chercher quels pourraient être ces problèmes incitant les étudiants à consommer. Par exemple peut-il s'agir de problèmes familiaux, de problèmes de scolarité, de problèmes financiers (pouvant faire référence à cette bourse d'étude avec laquelle les étudiants auraient plus de facilité à se procurer du cannabis) ?

Néanmoins, cette faible population en échec scolaire ne nous permet pas d'affirmer qu'il y a un lien avéré entre le risque d'usage problématique de cannabis et l'échec scolaire.

Il serait intéressant dans une étude ultérieure de s'intéresser de plus près aux étudiants qui changent de cursus, qui ne poursuivent pas leur cursus d'études

supérieures, aux étudiants qui sont majoritairement absents dans les écoles ou facultés afin d'être au plus proche de cette population potentiellement à risque d'échec scolaire.

IV. Profil-type

Cette étude fait apparaître que la consommation à risque de cannabis fait ressortir l'existence d'un profil-type d'étudiant potentiellement à risque d'échec scolaire.

Celui-ci serait un étudiant (homme ou femme) en licence, qui possède un budget alloué aux loisirs au delà de 150€ par mois, percevant une bourse d'études et consommateur d'autres drogues et de tabac. Sa principale motivation à consommer serait d'oublier ses problèmes et sa pratique d'activité sportive ne serait pas très régulière (moins d'une fois par semaine).

Pour valider ce profil-type il serait nécessaire de réaliser une étude de ces critères, afin de les confirmer ou non. Pour ce faire, cibler la bonne population tout de suite serait essentiel pour une détermination facilitée des critères potentiels à risque d'échec scolaire chez les étudiants. Rechercher la précocité de la consommation pourrait être un facteur supplémentaire à déterminer.

V. Et le pharmacien d'officine ?

Comme expliqué précédemment, le cannabis est le produit psychoactif le plus consommé chez les adultes et les adolescents, et cette substance constitue un problème de santé publique important. Même si la proportion d'usagers actuels à tendance à se stabiliser depuis quelques années d'après l'étude Baromètre Santé 2016, c'est un produit banalisé par une grande partie de la population.

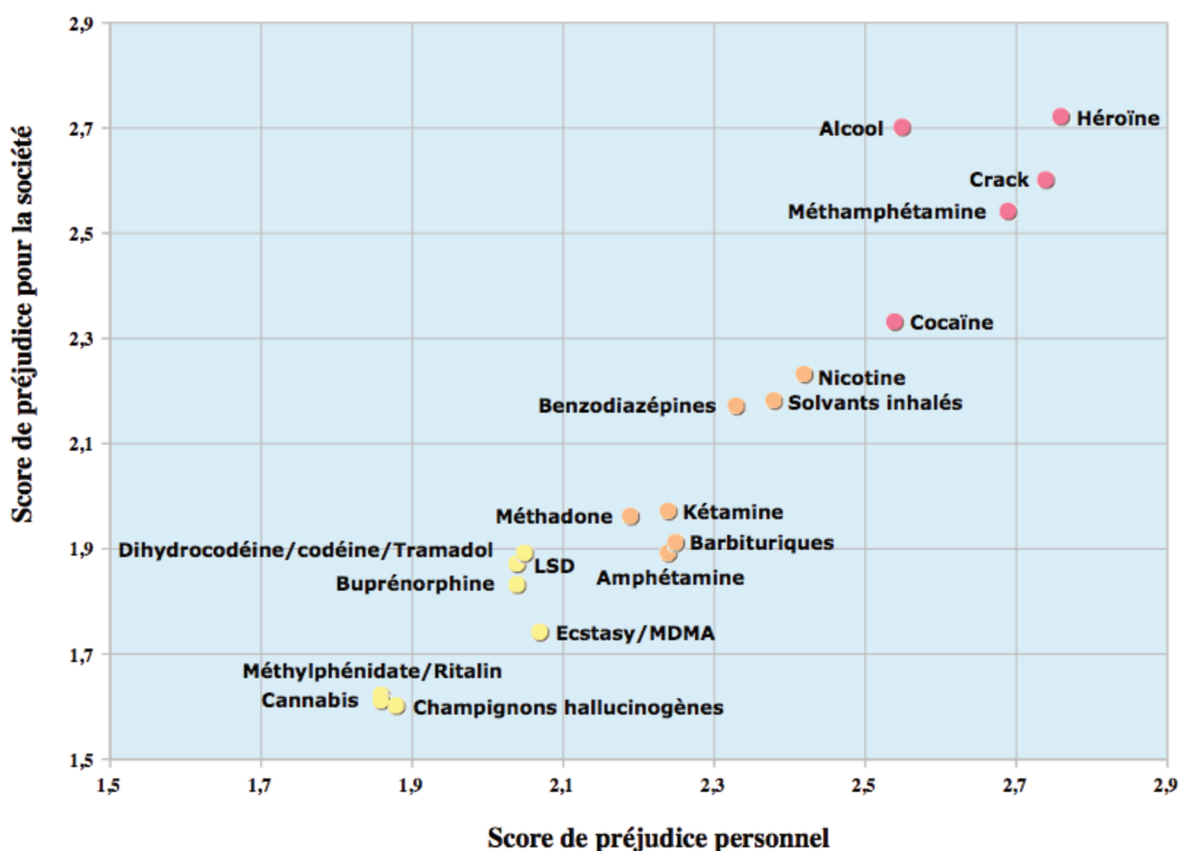
La proximité avec la drogue influe sur les représentations : les usagers actuels de cannabis sont à peine 4% à considérer la drogue comme un sujet de préoccupation, contre 30% de ceux qui n'ont jamais expérimenté le cannabis.

Dans les études EROPP (1999, 2002 et 2013), le cannabis est le produit le plus souvent mentionné en premier à 86% en 2013, en réponse à la question « quelles drogues connaissez-vous, ne serait-ce que de nom ? » (39). Les deux autres drogues mentionnées ensuite sont la cocaïne à 64% et l'héroïne à 48%. On

remarque également que les Français n'identifient pas spontanément l'alcool et le tabac comme des drogues. En revanche, même si le cannabis est le produit cité spontanément, 90% et 87% des français considèrent respectivement l'héroïne et la cocaïne comme des substances très dangereuses pour la santé, contre 47% des français pour le cannabis.

On remarque ainsi que même si le cannabis est connue en grande majorité par la population française, celui ci n'est pas considéré comme une produit très dangereux ce qui prouve que son utilisation est banalisée. En effet 30% des français estiment que le seuil de dangerosité du cannabis se situe à partir d'une consommation quotidienne (39).

Dans une enquête de 2011 auprès de 292 experts cliniques en Ecosse, la cocaïne a été classée 5^{ème} à la fois pour le préjudice personnel et pour le préjudice causé à la société, sur 19 drogues récréatives courantes. Le cannabis a quant à lui été classé en dernière position sur les 19 drogues (cf graphique ci-dessous). Une fois encore, même des scientifiques considèrent que le cannabis n'est pas très dangereux comparativement aux autres drogues illicites (40).



Représentation du préjudice du cannabis par des experts comparativement aux autres drogues illicites

Les résultats d'une enquête de la SMEREP ont été diffusés en juin 2017, et ont montré que près de trois étudiants sur dix ont déjà consommé du cannabis (37). Les étudiants ayant répondu sont principalement des femmes, et proviennent à 96% de Paris pour les étudiants SMEREP, contre 75% de province pour les 500 autres étudiants français sélectionnés. On remarque qu'en moyenne les étudiants ont entre 21 et 22 ans.

Ils sont 35% étudiants SMEREP et 30% étudiants français à avoir consommé au moins une fois du cannabis. Ils sont 33% étudiants français et 21% étudiants SMEREP à considérer que le cannabis est plus dangereux que l'alcool, contre 43% étudiants français et 50% étudiants SMEREP à considérer qu'il est aussi dangereux que l'alcool. 4% des étudiants SMEREP et 5% des étudiants français interrogés considèrent que le cannabis n'est pas une drogue (37).

Comme dans notre étude, la majorité des personnes ayant répondu sont des femmes et qui ont pour moyenne d'âge 21 ans. En revanche nous n'avons pas d'informations concernant la majorité des personnes consommatrices de cannabis entre les hommes ou les femmes.

Dans notre étude, 80,2% des étudiants consomment du tabac, à la différence de cette étude SMEREP qui indique qu'un quart des étudiants sont fumeurs. Notre population étudiante est plus faible que celle de cette étude. Et pourtant la moitié de notre population consomme du cannabis alors qu'ils ne sont qu'un tiers seulement pour la SMEREP.

Malgré ces résultats, il faut retenir que les étudiants montrent un bon état de santé général malgré des conditions de vie difficile. Leur consommation d'alcool est répandue et leur alimentation est irrégulière. Même si les messages de prévention sont connus, il y a une proportion importante d'étudiants qui a déjà consommé de la drogue et/ou du tabac (37).

Cette substance étant très banalisée, il est difficile pour le pharmacien d'officine de pouvoir avoir un rôle de santé publique. La présence d'autotests de dépistage en pharmacie lui donne un moyen de pouvoir en parler avec les consommateurs et d'avoir quelques outils de prévention, mais ces ventes restent néanmoins très faibles¹⁰.

¹⁰ 0 tests vendus dans une pharmacie témoin depuis Novembre 2016.

Les consommateurs ne se sentent probablement pas en danger et n'ont donc pas la démarche d'aller en parler avec leur pharmacien. Peut être préfèrent-ils en parler directement avec leur médecin traitant. Cela pourrait être un autre axe de recherche dans un objectif de prévention et de prise en charge de la consommation.

On peut se poser la question de savoir s'il ne faudrait pas envisager des conférences dans les collèges, les lycées et mêmes les universités afin de sensibiliser encore plus le jeune public à cette substance.

Faut-il envisager plus régulièrement des actions de prévention auprès des parents, afin de pouvoir discuter avec eux du cannabis et de répondre à leurs questions ?

Il pourrait être intéressant d'envisager une étude afin d'établir un état des lieux de la connaissance des parents sur le cannabis (origine, effets indésirables, modalités de consommation,...). Ceci nous permettrait de pouvoir mieux les informer pour qu'ils puissent, eux aussi, en informer leurs enfants dès le plus jeune âge.

VI. Limites

La première limite est l'absence de représentativité de la population générale étudiante par notre échantillon, principalement par la surreprésentation des étudiants en santé et dans les Hauts-de-France. Cela peut participer à la différence de prévalence retrouvée dans notre échantillon.

Une étude avec une durée de recueil plus longue permettrait d'optimiser la diffusion du questionnaire dans toute la France et d'augmenter le nombre de participants. Cela permettrait d'améliorer l'homogénéité des données en termes géographiques et de variété des cursus universitaires.

De plus, le questionnaire CAST n'est qu'un examen de dépistage. Il ne permettant pas un tri fiable du risque d'usage problématique de cannabis. Une étude plus exhaustive basée sur un classement du risque par un questionnaire associé au DSM-IV permettrait d'ajuster au mieux les facteurs de risque et leurs Odds-Ratio.

Cibler la population d'étude dès le commencement de la recherche permettrait d'optimiser les résultats. Avoir pour population des étudiants qui semblent être en échec scolaire (manquement des enseignements universitaires, changement de cursus universitaire, non inscription en étude supérieure après le lycée,

renfermement sur eux mêmes, pas de sorties, pas d'activités physiques, etc.) serait un moyen d'être le plus représentatif possible.

Notre système de diffusion peut être à réévaluer. Une diffusion papier au sein des établissements, des services hospitaliers de psychiatrie, dans les pharmacies, chez les médecins pourrait être un moyen d'évaluer l'échec scolaire chez les étudiants de manière encore plus large que *via* les réseaux sociaux.

CONCLUSION

Identifier les patients présentant une dépendance au cannabis est important à la fois dans la population générale et dans la population étudiante.

Devant la forte prévalence de cette consommation actuelle chez les étudiants et les multiples conséquences néfastes de celle-ci, il apparaît indispensable de dépister précocement et de prendre en charge le risque d'usage problématique de cannabis.

Notre étude nous a permis de découvrir, à l'aide des tests CAST et ASSIST, que certains paramètres socio-économiques tels que la co-consommation de drogues, le fait d'avoir un budget élevé alloué aux loisirs, ainsi que d'avoir une bourse d'études, apparaissaient comme des facteurs à risque d'usage problématique de cannabis. Ceux-ci nous permettant d'orienter plus précisément les cibles de ce dépistage par la suite.

Ce travail ne nous a par contre pas permis de démontrer un lien entre la consommation de cannabis et l'échec scolaire chez les étudiants, probablement en raison de la taille de notre échantillon (n=11).

Il pourrait être pertinent de prolonger ce type d'études afin de rechercher d'autres facteurs de risque d'usage problématique de cannabis, tout en continuant de s'appuyer sur le questionnaire CAST.

La diffusion du questionnaire devra être réévaluée. Il serait intéressant d'étudier au mieux sa distribution, afin de sensibiliser au maximum la population cible.

De même, connaître d'autres facteurs potentiels à risque d'échec scolaire chez les étudiants pourrait être un moyen d'agir en amont et d'avoir un rôle de prévention auprès des consommateurs et de leur famille.

Malgré les outils de prévention existant, le pharmacien d'officine a un rôle très limité de prévention, car le cannabis est une substance de plus en plus banalisée par la population.

Aider à notre échelle les professionnels de santé pourraient être un moyen de lutter contre la banalisation de cette substance et d'en limiter son expérimentation précoce et à terme sa consommation abusive.

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire thèse diffusé sur LimeSurvey

Etudiante en pharmacie, je réalise ma thèse d'exercice sur la consommation de cannabis chez les jeunes dans le Nord de la France.

Je sollicite quelques minutes de votre temps pour répondre à ce questionnaire qui restera anonyme. Je vous remercie par avance de votre contribution à ce travail. Il y a 23 questions dans ce questionnaire

Mieux vous connaître...

1) Vous êtes de sexe :

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Féminin
- Masculin

2) Votre âge :

Seul un nombre entier peut être inscrit dans ce champ. Veuillez écrire votre réponse ici :

... ans

3) Êtes-vous étudiant ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Répondre aux questions suivantes si les conditions suivantes sont réunies : « Oui » à la question 3.

4) Quel est votre niveau d'études actuel ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Baccalauréat
- Bac+1
- Bac+2
- Bac+3
- Bac+4
- Bac+5
- Bac+6 ou plus

5) Dans quel domaine se situe votre cursus universitaire ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Scientifique (ingénierie, architecture...)
- Santé (médecine, pharmacie...)
- Economique (commerce, marketing...)
- Social (éducation, service à la personne...)
- Juridique (droit...)
- Littéraire (arts, philosophie...)
- Industrie (production, BTP...)
- Communication (journalisme, design...)
- Loisirs (tourisme, hôtellerie...)

6) Dans quelle région effectuez-vous votre cursus ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Auvergne
- Rhône-Alpes
- Bourgogne
- Franche-Comté
- Bretagne
- Centre - Val de Loire
- Corse
- Grand Est
- Hauts-de-France Ile-de-France
- Normandie
- Nouvelle Aquitaine
- Occitanie
- Pays de la Loire
- Provence - Alpes - Côte d'Azur
- Guadeloupe
- Guyane
- La Réunion
- Martinique
- Mayotte

7) Vous vivez :

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Seul-e
- Chez vos parents / de la famille
- En colocation En couple

8) Quelles sont vos principales ressources financières ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Job étudiant / CDI durant l'année universitaire
- Job d'été
- Aide de vos parents / de votre famille
- Emprunt étudiant
- Bourse d'études

Vos loisirs

1) Pratiquez-vous une activité sportive ou artistique ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Jamais
- De temps en temps (< 1 fois par semaine)
- Souvent (1 à 2 fois par semaine)
- Très souvent (> 2 fois par semaine)

2) Faites-vous partie d'une association étudiante (BDE, corpo...) ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

3) En moyenne, quel budget accordez-vous mensuellement à vos loisirs ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Moins de 50 euros

- Entre 50 et 100 euros
- Entre 100 et 150 euros
- Plus de 150 euros

Votre consommation de cannabis

Au cours des 3 derniers mois, avez-vous consommé du cannabis ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Jamais
- 1 ou 2 fois
- 1 à 3 fois par mois
- 1 à 4 fois par semaine
- Chaque jour ou presque

Votre consommation ces 3 derniers mois

1) Depuis combien de temps consommez-vous du cannabis ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Moins de 3 mois
- Entre 3 mois et 1 an
- Entre 1 et 2 ans
- Entre 2 et 5 ans
- Plus de 5 ans

2) La principale raison pour laquelle vous consommez du cannabis est :

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Pour vous détendre
- Pour oublier vos problèmes (personnels et/ou professionnels)
- Pour faire la fête
- Pour faire comme vos amis

3) Au cours des 3 derniers mois, combien de fois :

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Jamais	1 ou 2 fois	1 à 3 fois par mois	1 à 4 fois par semaine	Chaque jour ou presque
Avez-vous eu un besoin irrésistible de consommer du cannabis ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre consommation a-t-elle entraîné des problèmes de santé, sociaux, de scolarité, légaux, financiers ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N'avez-vous pas pu accomplir ce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

qui était normalement attendu de vous en raison de votre consommation de cannabis ?					
---	--	--	--	--	--

4) Avez-vous déjà fumé du cannabis le matin pour vous sentir en forme ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

5) Ces 3 derniers mois, est-ce qu'un ami, membre de votre famille, un proche ou quelqu'un d'autre s'est déjà préoccupé de votre consommation ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

6) Ces 3 derniers mois, avez-vous déjà essayé, sans succès, de contrôler, de diminuer ou d'arrêter votre consommation de cannabis ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

7) Ces 3 derniers mois, avez-vous consommé également :

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Tabac
- Alcool
- Drogues (cocaïne, amphétamines...)
- Médicaments sédatifs, anxiolytiques, antidépresseurs...
- Aucun des produits listés ci-dessus

Votre réussite scolaire

1) Ces 3 derniers mois, avez-vous eu des problèmes de mémoire que vous pensez être liés à votre consommation de cannabis ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

2) Ces 3 derniers mois, avez-vous raté des cours, des travaux pratiques, des examens à cause de votre consommation de cannabis ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

3) Ces 3 derniers mois, diriez-vous que votre consommation de cannabis vous a mis en échec scolaire ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Fin du questionnaire

A. OMS - ASSIST V3.0, français

Interviewer I..... Clinique I.....
 Identité patient I..... Date I.....

INTRODUCTION (A lire au patient. Peut être adapté au contexte local)

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à ce bref entretien portant sur l'alcool, le tabac et d'autres drogues.

De nombreuses drogues, certains médicaments inclus, peuvent affecter votre santé. Pour bien vous soigner, il est important pour votre soignant d'avoir des informations précises sur vos consommations.

Les questions qui suivent portent sur vos consommations d'alcool, de tabac et d'autres drogues au cours de votre vie et des 3 derniers mois, indépendamment de la voie de consommation (fumé, avalé, sniffé, inhalé, injecté, pris sous forme de pilule, etc.) [montrer CARTE REPONSE - ASSIST].

Certaines des substances listées peuvent être prescrites par un médecin (comme par ex. des médicaments contre la douleur, des calmants, des somnifères, des coupe-faim, des stimulants). Pour cet entretien, nous ne prenons pas en compte les médicaments pris sur ordonnance médicale. Cependant, si vous avez pris ces médicaments pour des raisons autres que celles de la prescription ou que vous les avez pris plus fréquemment ou à plus haute dose que prescrit, je vous prie de me le faire savoir.

Soyez assuré que toutes les informations recueillies seront traitées de façon strictement confidentielle, y compris celles concernant les drogues illicites ou interdites.

Note : Avant de poser les questions suivantes, donnez la CARTE REPONSE ASSIST au patient.

Question 1

(S'il s'agit d'une passation lors d'un suivi, veuillez comparer les réponses du patient avec celles données lors de l'évaluation initiale. Toute différence devrait être investiguée.)

Parmi les substances suivantes, lesquelles avez-vous <u>déjà</u> consommées au cours de votre vie ?	NON	OUI
a. Tabac (cigarette, cigare, pipe, narguilé, tabac à chiquer, etc.)	0	3
b. Boissons alcooliques (bière, alcopop, vins, spiritueux, etc.)	0	3
c. Cannabis (marijuana, joint, herbe, hash, etc.)	0	3
d. Cocaïne (coke, crack, etc.)	0	3
e. Stimulants de type amphétamine (speed, pilules thaï, pilules coupe faim, ecstasy, etc.)	0	3
f. Solvants (colle, essence, diluant, etc.)	0	3
g. Calmants ou somnifères (Valium®, Seresta®, Dormicum®, Rohypnol®, Stilnox®, etc.)	0	3
h. Hallucinogènes (LSD, champignons, PCP, etc.)	0	3
i. Opiacés (héroïne, morphine, méthadone, codéine, buprénorphine, etc.)	0	3
j. Autres – spécifiez:	0	3

Si toutes les réponses sont négatives → demandez : « même lorsque vous étiez à l'école » ?

Si « non » à tous les items → arrêtez l'entretien

Si « oui » à l'un ou plusieurs de ces items → posez la Question 2 concernant ces substances.

Question 2

Au cours des 3 derniers mois, combien de fois avez-vous consommé les substances que vous avez mentionnées (PREMIERE SUBSTANCE, DEUXIEME SUBSTANCE, etc.)?	Jamais	1 ou 2 fois	Mensuellement	Hebdomadairement	Chaque jour ou presque chaque jour
a. Tabac (cigarette, cigare, pipe, narguilé, tabac à chiquer, etc.)	0	2	3	4	6
b. Boissons alcooliques (bière, alcopop, vin, spiritueux, etc.)	0	2	3	4	6
c. Cannabis (marijuana, joint, herbe, hash, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaïne (coke, crack, etc.)	0	2	3	4	6
e. Stimulants de type amphétamine (speed, pilules thaï, pilules coupe faim, ecstasy, etc.)	0	2	3	4	6
f. Solvants (colle, essence, diluant, etc.)	0	2	3	4	6
g. Calmants ou somnifères (Valium [®] , Seresta [®] , Dormicum [®] , Rohypnol [®] , Stilnox [®] , etc.)	0	2	3	4	6
h. Hallucinogènes (LSD, champignons, PCP, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiacés (héroïne, morphine, méthadone, codéine, buprénorphine, etc.)	0	2	3	4	6
j. Autres – spécifiez:	0	2	3	4	6

Si « jamais » à tous les items de la Question 2 → passez à la Question 6.

Si une ou plusieurs substances de la Question 2 ont été utilisées au cours des 3 derniers mois, continuez avec les Questions 3, 4 et 5 pour chaque substance consommée.

Question 3

Au cours des 3 derniers mois, combien de fois avez-vous eu un fort désir ou un besoin irrésistible de consommer (PREMIERE SUBSTANCE, DEUXIEME SUBSTANCE, etc.)?	Jamais	1 ou 2 fois	Mensuellement	Hebdomadairement	Chaque jour ou presque chaque jour
a. Tabac (cigarette, cigare, pipe, narguilé, tabac à chiquer, etc.)	0	3	4	5	6
b. Boissons alcooliques (bière, alcopop, vin, spiritueux, etc.)	0	3	4	5	6
c. Cannabis (marijuana, joint, herbe, hash, etc.)	0	3	4	5	6
d. Cocaïne (coke, crack, etc.)	0	3	4	5	6
e. Stimulants de type amphétamine (speed, pilules thaï, pilules coupe faim, ecstasy, etc.)	0	3	4	5	6
f. Solvants (colle, essence, diluant, etc.)	0	3	4	5	6
g. Calmants ou somnifères (Valium [®] , Seresta [®] , Dormicum [®] , Rohypnol [®] , Stilnox [®] , etc.)	0	3	4	5	6
h. Hallucinogènes (LSD, champignons, PCP, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opiacés (héroïne, morphine, méthadone, codéine, buprénorphine, etc.)	0	3	4	5	6
j. Autres – spécifiez:	0	3	4	5	6

Question 4

Au cours des 3 derniers mois, combien de fois votre consommation de (PREMIERE SUBSTANCE, DEUXIEME SUBSTANCE, etc.) a-t-elle entraîné des problèmes de santé ou des problèmes sociaux, légaux ou financiers?	Jamais	1 ou 2 fois	Mensuellement	Hebdomadairement	Chaque jour ou presque chaque jour
a. Tabac (cigarette, cigare, pipe, narguilé, tabac à chiquer, etc.)	0	4	5	6	7
b. Boissons alcooliques (bière, alcopop, vin, spiritueux, etc.)	0	4	5	6	7
c. Cannabis (marijuana, joint, herbe, hash, etc.)	0	4	5	6	7
d. Cocaïne (coke, crack, etc.)	0	4	5	6	7
e. Stimulants de type amphétamine (speed, pilules thaï, pilules coupe faim, ecstasy, etc.)	0	4	5	6	7
f. Solvants (colle, essence, diluant, etc.)	0	4	5	6	7
g. Calmants ou somnifères (Valium®, Seresta®, Dormicum®, Rohypnol®, Stilnox®, etc.)	0	4	5	6	7
h. Hallucinogènes (LSD, champignons, PCP, etc.)	0	4	5	6	7
i. Opiacés (héroïne, morphine, méthadone, codéine, buprénorphine, etc.)	0	4	5	6	7
j. Autres – spécifiez:	0	4	5	6	7

Question 5

Au cours des 3 derniers mois, combien de fois n'avez-vous pas pu accomplir ce qui était normalement attendu de vous en raison de votre consommation de (PREMIERE SUBSTANCE, DEUXIEME SUBSTANCE, etc.) ?	Jamais	1 ou 2 fois	Mensuellement	Hebdomadairement	Chaque jour ou presque chaque jour
a. Tabac (cigarette, cigare, pipe, narguilé, tabac à chiquer, etc.)	0	5	6	7	8
b. Boissons alcooliques (bière, alcopop, vin, spiritueux, etc.)	0	5	6	7	8
c. Cannabis (marijuana, joint, herbe, hash, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaïne (coke, crack, etc.)	0	5	6	7	8
e. Stimulants de type amphétamine (speed, pilules thaï, pilules coupe faim, ecstasy, etc.)	0	5	6	7	8
f. Solvants (colle, essence, diluant, etc.)	0	5	6	7	8
g. Calmants ou somnifères (Valium®, Seresta®, Dormicum®, Rohypnol®, Stilnox®, etc.)	0	5	6	7	8
h. Hallucinogènes (LSD, champignons, PCP, etc.)	0	5	6	7	8
i. Opiacés (héroïne, morphine, méthadone, codéine, buprénorphine, etc.)	0	5	6	7	8
j. Autres – spécifiez:	0	5	6	7	8

Posez les Questions 6 et 7 concernant toutes les substances déjà consommées au cours de la vie (à savoir toutes celles avec réponse positive à la question 1)

Question 6

Est-ce qu'un ami, un proche ou quelqu'un d'autre s'est déjà dit préoccupé par votre consommation de (PREMIERE SUBSTANCE, DEUXIEME SUBSTANCE, etc.) ?	Non, jamais	Oui, au cours des 3 derniers mois	Oui, mais pas au cours des 3 derniers mois.
a. Tabac (cigarette, cigare, pipe, narguilé, tabac à chiquer, etc.)	0	6	3
b. Boissons alcooliques (bière, alcopop, vin, spiritueux, etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marijuana, joint, herbe, hash, etc.)	0	6	3
d. Cocaïne (coke, crack, etc.)	0	6	3
e. Stimulants de type amphétamine (speed, pilules thai, pilules coupe faim, ecstasy, etc.)	0	6	3
f. Solvants (colle, essence, diluant, etc.)	0	6	3
g. Calmants ou somnifères (Valium®, Seresta®, Dormicum®, Rohypnol®, Stilnox®, etc.)	0	6	3
h. Hallucinogènes (LSD, champignons, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiacés (héroïne, morphine, méthadone, codéine, buprénorphine, etc.)	0	6	3
j. Autres – spécifiez:	0	6	3

Question 7

Avez-vous déjà essayé, sans succès, de contrôler, de diminuer ou d'arrêter votre consommation de (PREMIERE SUBSTANCE, DEUXIEME SUBSTANCE, etc.) ?	Non, jamais	Oui, au cours des 3 derniers mois	Oui, mais pas au cours des 3 derniers mois.
a. Tabac (cigarette, cigare, pipe, narguilé, tabac à chiquer, etc.)	0	6	3
b. Boissons alcooliques (bière, alcopop, vin, spiritueux, etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marijuana, joint, herbe, hash, etc.)	0	6	3
d. Cocaïne (coke, crack, etc.)	0	6	3
e. Stimulants de type amphétamine (speed, pilules thai, pilules coupe faim, ecstasy, etc.)	0	6	3
f. Solvants (colle, essence, diluant, etc.)	0	6	3
g. Calmants ou somnifères (Valium®, Seresta®, Dormicum®, Rohypnol®, Stilnox®, etc.)	0	6	3
h. Hallucinogènes (LSD, champignons, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiacés (héroïne, morphine, méthadone, codéine, buprénorphine, etc.)	0	6	3
j. Autres – spécifiez:	0	6	3

Question 8

	Non, jamais	Oui, au cours des 3 derniers mois	Oui, mais pas au cours des 3 derniers mois.
Avez-vous déjà pris de la drogue en injection ? (USAGE NON MEDICAL SEULEMENT)	0	2	1

NOTE IMPORTANTE

Demandez aux patients qui se sont injecté des drogues durant les 3 derniers mois quelle a été la fréquence d'injection durant cette période, afin d'évaluer le niveau de risque et de déterminer les priorités d'intervention.

FREQUENCE D'INJECTION

Une fois par semaine ou moins
OU
moins de 3 jours de suite



RECOMMANDATIONS

Intervention brève incluant la carte « risques associés avec l'injection »

Plus d'une fois par semaine
OU
3 jours ou plus de suite



Évaluation approfondie et traitement plus intensif*

Comment calculer un score pour une substance spécifique ?

Pour chaque substance (désignée de a. à j.) additionnez les scores obtenus pour les Questions 2 à 7. N'incluez pas le résultat de la Question 1 ou de la Question 8 dans ce score.

Par exemple, un score pour le cannabis serait calculé ainsi : Q2c+Q3c+Q4c+Q5c+Q6c+Q7c

Notez que la question 5 sur le tabac n'est pas codée et est calculée ainsi : Q2a+Q3a+Q4a+Q6a+Q7a.

L'INTERVENTION RECOMMANDEE SE BASE SUR LE SCORE « SUBSTANCE SPECIFIQUE ».

	Score « substance spécifique » relevé	Pas d'intervention	Intervention brève	Traitement plus intensif*
a. Tabac		0 - 3	4 - 26	≥ 27
b. Alcool		0 - 10	11 - 26	≥ 27
c. Cannabis		0 - 3	4 - 26	≥ 27
d. Cocaïne		0 - 3	4 - 26	≥ 27
e. Amphétamine		0 - 3	4 - 26	≥ 27
f. Solvants		0 - 3	4 - 26	≥ 27
g. Calmants		0 - 3	4 - 26	≥ 27
h. Hallucinogènes		0 - 3	4 - 26	≥ 27
i. Opiacés		0 - 3	4 - 26	≥ 27
j. Autres drogues		0 - 3	4 - 26	≥ 27

NOTE : *L'évaluation approfondie et le traitement plus intensif peuvent être prodigués, selon le contexte local, par des professionnels de la santé de premier recours ou par un service spécialisé dans les addictions.

B. OMS - ASSIST V3.0 CARTE RÉPONSE POUR LES PATIENTS

Carte réponse – substances

a. Tabac (cigarette, cigare, pipe, narguilé, tabac à chiquer, etc.)
b. Boissons alcooliques (bière, alcopop, vins, spiritueux, etc.)
c. Cannabis (marijuana, joints, herbe, hash, etc.)
d. Cocaïne (coke, crack, etc.)
e. Stimulants de type amphétamine (speed, pilules thai, pilules coupe faim, ecstasy, etc.)
f. Solvants (colle, essence, diluant, etc.)
g. Calmants ou somnifères (Valium [®] , Seresta [®] , Dormicum [®] , Rohypnol [®] , Stilnox [®] , etc.)
h. Hallucinogènes (LSD, champignons, PCP, etc.)
i. Opiacés (héroïne, morphine, méthadone, codéine, buprénorphine, etc.)
j. Autres – spécifiez:

Carte réponse (ASSIST - questions 2-5)

Jamais: pas de consommation au cours des 3 derniers mois.

Une ou deux fois: une ou deux fois au cours des 3 derniers mois.

Mensuellement: une à trois fois en un mois.

Hebdomadairement : une à quatre fois par semaine.

Chaque jour ou presque chaque jour: cinq à sept jours par semaine.

Carte réponse (ASSIST - questions 6-8)

Non, jamais.

Oui, mais pas au cours des 3 derniers mois.

Oui, durant les derniers 3 mois.

Annexe 3 : Questionnaire CAST

CAST

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

Non

Oui

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

Annexe 4 : Critères DSM-5

DSM-5 évaluation de la dépendance

Source : *American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*

Mode d'utilisation inadapté d'un produit conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance, cliniquement significative, caractérisé par la présence de deux (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de douze mois :

1. Le produit est souvent pris en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu
 2. Il existe un désir persistant ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation du produit
 3. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir le produit, utiliser le produit ou récupérer de leurs effets
 4. Craving ou une envie intense de consommer le produit
 5. Utilisation répétée du produit conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison
 6. Utilisation du produit malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets du produit
 7. Des activités sociales, occupationnelles ou récréatives importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation du produit
 8. Utilisation répétée du produit dans des situations où cela peut être physiquement dangereux
 9. L'utilisation du produit est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par cette substance
 10. Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
 - a. besoin de quantités notablement plus fortes du produit pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré
 - b. effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité du produit
 11. Sevrage, caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - a. syndrome de sevrage du produit caractérisé (cf diagnostic du syndrome de sevrage du produit)
 - b. le produit (ou une substance proche) sont pris pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.
- Présence de 2 à 3 critères : ADDICTION LÉGÈRE
 - Présence de 4 à 5 critères : ADDICTION MODÉRÉE
 - Présence de 6 critères ou plus : ADDICTION SÉVÈRE

Outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève

ALCOOL, CANNABIS, TABAC CHEZ L'ADULTE

Alcool, tabac et cannabis sont les 3 substances psychoactives les plus consommées en France.

Le repérage précoce accompagné d'une intervention brève constitue une réponse individuelle à des consommations à risque de dommages physiques, psychiques ou sociaux.

REPÉRAGE PRÉCOCE



Substance	Questions	Consommation à risque	Action en cas de consommation à risque	Action en cas d'absence de consommation à risque
 quantité et fréquence	Combien de verres standard par jour et par semaine ?	👤 > 3 verres standard/jour, soit > 21 verres standard/semaine 👤 > 2 verres standard/jour, soit > 14 verres standard/semaine	Évaluation du risque	 Renforcement des conduites favorables à la santé Voir cas particuliers
	Combien de verres standard par occasion ?	👤 > 4 verres standard par occasion (soirée, fête, repas)		
	Fumez-vous du cannabis ?	Oui		
	Fumez-vous du tabac ?	Oui		

À quelle fréquence repérer ?

- Au moins une fois par an si possible, et/ou à un moment opportun (tout changement bio-psychosocial).
- En cas de **risque situationnel** : grossesse, précarité, conduite de véhicules, poste de sécurité, conditions de stress psychosocial (échec scolaire, examens, changement de travail, retraite, divorce, deuil, etc.).

Plus les consommations sont précoces, intenses, régulières, multiples et en solitaire et plus le risque de dommages augmente. De nombreux outils spécifiques sont disponibles sur les sites de l'[Inpes](#) et de la [Fédération Addiction](#).

REPÉRAGE PRÉCOCE



Questionnaire FACE (formule pour approcher la consommation d'alcool par entretien)

1. À quelle fréquence consommez-vous des boissons contenant de l'alcool ?
Jamais = 0 ; Une fois par mois ou moins = 1 ; Deux à 4 fois par mois = 2 ; Deux à 3 fois par semaine = 3 ; Quatre fois par semaine ou plus = 4 ; **Score :**
2. Combien de verres standard buvez-vous, les jours où vous buvez de l'alcool ?
1 ou 2 = 0 ; 3 ou 4 = 1 ; 5 ou 6 = 2 ; 7 à 9 = 3 ; 10 ou plus = 4 ; **Score :**
3. Est-ce que votre entourage vous a fait des remarques concernant votre consommation d'alcool ?
Non = 0 ; Oui = 4 ; **Score :**
4. Vous est-il arrivé de consommer de l'alcool le matin pour vous sentir en forme ?
Non = 0 ; Oui = 4 ; **Score :**
5. Vous est-il arrivé de boire et de ne plus vous souvenir le matin de ce que vous avez pu dire ou faire ?
Non = 0 ; Oui = 4 ; **Score :**

Interprétation du score total ; hommes (H) / femmes (F)
Risque faible ou nul : H moins de 5 ; F moins de 4 ; renforcement des conduites favorables à la santé
Consommation excessive probable : H 5 à 8 ; F 4 à 8 ; intervention brève
Dépendance probable : H et F plus de 8 ; proposer une consultation d'addictologie

Pratiques à risque majorant les dommages

- Consommation épisodique massive (binge drinking, biture expresse, ivresse aigüe) : à partir de 6 verres standard (soit 60 g d'alcool) par occasion.
- Association avec le cannabis ou d'autres substances psychoactives.

Zéro alcool chez la femme dès le projet de grossesse
[Inpes.fr](#)



Verre standard = 10 grammes d'alcool pur soit :
10 cl de vin à 12°, 25 cl de boissons à 5° (bière, sodas alcoolisés [alco pops - prémix]), 7 cl de vin cuit à 18°, 3 cl d'alcool à 40° (whisky, pastis ou digestif).

Situations particulières entraînant une majoration du risque de dommages



- Toute consommation pendant la grossesse est à risque.
- Risque foetal lié à la consommation d'alcool chez les femmes jeunes.
- Toute consommation régulière d'alcool en dessous de 25 ans est à risque.
- Interactions alcool-médicaments.
- Maladies chroniques et précautions par rapport à l'alcool.
- Consommation d'alcool par les patients âgés, affectés de troubles psychiatriques ou prenant des médicaments psychotropes.



Questionnaire CAST (Cannabis Abuse Screening Test)

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

Une réponse positive : information minimale sur les risques
 Deux réponses positives au test doivent amener à s'interroger sérieusement sur les conséquences de la consommation : intervention brève.
 Trois réponses positives ou plus doivent amener à proposer une consultation d'addictologie.



Questionnaire tabac « Fumez-vous du tabac ? »

SI OUI

Conseil d'arrêt

« Voulez-vous un dépliant/brochure, ou l'adresse d'un site concernant les risques de la consommation de tabac, les bénéfices de l'arrêt et les méthodes de sevrage ? »

Proposer un accompagnement

- « Avez-vous déjà envisagé d'arrêter de fumer ? »
- « Voulez-vous qu'on prenne le temps d'en parler dans une prochaine consultation ? »

SI NON

« Avez-vous déjà fumé ? »

Si non, le patient n'a jamais fumé.

Si oui :

- « pendant combien de temps ? »
- « depuis quand avez-vous arrêté ? »



REPÉRAGE PRÉCOCE



Intervention brève concernant la réduction ou l'arrêt de consommation de substance(s) psychoactive(s)

- Restituer les **résultats des questionnaires** de consommation.
- **Inform**er sur les **risques** concernant la consommation de substance.
- **Évaluer avec le consommateur** ses **risques** personnels et situationnels.
- Identifier les représentations et les **attentes du consommateur**.
- **Échanger** sur l'intérêt personnel de l'arrêt ou de la réduction de la consommation.
- **Expliquer** les méthodes utilisables pour réduire ou arrêter sa consommation.
- **Proposer** des objectifs et laisser le choix.
- **Évaluer la motivation, le bon moment et la confiance** dans la réussite de la réduction ou de l'arrêt de la consommation.
- Donner la possibilité de réévaluer dans une **autre consultation**.
- Remettre une **brochure** ou orienter vers un **site**, une application, une association, un forum...



→ Adopter une **posture partenariale** favorisant la confiance et les échanges (alliance thérapeutique).

→ Échanger avec le consommateur sur sa **motivation**, sa **confiance** dans la réussite de réduction ou d'arrêt de sa consommation et déterminer si c'est le **bon moment**, grâce à **3 échelles** sur lesquelles il va se situer.

Motivation pour réduire ou arrêter sa consommation de substance psychoactive

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Le **bon moment** pour réduire ou arrêter sa consommation de substance psychoactive

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Confiance dans la réussite du projet de réduire ou arrêter sa consommation de substance psychoactive

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

REPÉRAGE PRÉCOCE



Accompagnement des consommateurs

Les professionnels de santé accompagnent les consommateurs de manière durable, afin de favoriser la réduction ou l'arrêt de consommation à long terme.

- Ils soutiennent l'effort de réduction des risques de dommages physiques, psychiques ou sociaux, dans une relation partenariale de confiance et d'échange.
- Ils soutiennent l'abstinence ou la modération et renforcent les autres conduites favorables à la santé (alimentation, exercice physique, etc.)
- En cas de reprise de la consommation, de survenue de dommages ou de dépendance, une consultation de type entretien motivationnel ou le recours à une consultation d'addictologie sont proposées.

- La notion d'**essai** dans un changement de comportement est fondamentale pour ne pas attribuer l'échec au patient mais à des circonstances.
- La rechute est davantage la règle que l'exception et chaque rechute rapproche le thérapeute et le patient du succès consolidé.



Annexe 6 : Tableau d'analyse comparative des fumées d'une cigarette de tabac ou de cannabis sous forme « d'herbe »

Pharmacocinétique et méthodes de dosage du Δ^9 -THC

ANALYSE

Tableau 7.II : Analyse comparative des fumées d'une cigarette¹ de tabac ou de cannabis sous forme « d'herbe » (d'après *National academy of sciences, Anonyme, 1982*)

	Cannabis	Tabac
Phase gazeuse		
Monoxyde de carbone (%)	3,99	4,58
Dioxyde de carbone (%)	8,27	9,38
Ammoniaque (µg)	228	199
Acide cyanhydrique (µg)	532	498
Cyanogène (µg)	19	20
Isoprène (µg)	83	310
Acroléine (µg)	92	85
Benzène (µg)	76	67
Toluène (µg)	112	108
Chlorure de vinyle (ng)	5,4	12,4
Diméthylnitrosamine (ng)	75	84
Méthyléthylnitrosamine (ng)	27	30
Phase particulaire		
Matière sèche totale (mg)	22,7	39
Phénol (µg)	76,8	138,5
O-crésol (µg)	17,9	24
M- et p-crésol (µg)	54,4	65
Diméthylphénol (µg)	6,8	14,4
Catéchol (µg)	188	328
Cannabidiol (µg)	190	-
THC (µg)	820	-
Cannabinol (µg)	400	-
Nicotine (µg)	-	2,85
N-nitrosornicotine (ng)	-	390
Naphtalène (µg)	3	1,2
1-méthylnaphtalène (µg)	6,1	3,65
2-méthylnaphtalène (µg)	3,6	1,4
Benzantracène (ng)	75	43
Benzopyrène (ng)	31	21,1

¹ : Poids moyen : 1,11 g ; longueur : 85 mm

Références bibliographiques

(1) Obradovic I. Législations relatives à l'usage et la détention de cannabis : définitions et état des lieux en Europe. Note n°2016-01, OFDT, Mars 2016.

(2) Costes JM, *et al.* Cannabis, données essentielles. Chapitre : Risques, conséquences, et effets liés aux usages de cannabis. OFDT, 2007 : 87-101.

(3)http://www.who.int/substance_abuse/terminology/diagnostic_categories/fr/.

Consulté le 29/08/2017.

(4)http://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/fr/.

Consulté le 29/08/2017.

(5)https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/annexe_criteres_dsm-iv_abus_dependance_sevrage.pdf.

Consulté le 29/08/2017

(6) INSERM. Cannabis : quels effets sur le comportement et la santé ? Chapitre : Données épidémiologiques sur l'abus et la dépendance au cannabis. Collection Expertise collective, Paris, 2001 : 63-77.

(7) Marquette L. Echelles d'évaluation de la dépendance au cannabis : une revue systématique de la littérature. Thèse d'exercice soutenue le 07/07/2015. Faculté de médecine Henri Warembourg, Université Lille 2 Droit et Santé.

(8) Pousset M, *et al.* Drogues et addictions, données essentielles. Chapitre : Cannabis. OFDT, 2013 : 214-225.

(9) Beck François, Spilka Stanislas, Nguyen-Thanh Viêt, Gauthier Arnaud, Le Nézet Olivier, Richard Jean-Baptiste et le groupe Baromètre santé 2016. Cannabis : usages actuels en population adulte. Tendances n°119, OFDT, Juin 2017.

(10) Mutatayi Carine, Spilka Stanislas. Repérages des usages problématiques de cannabis au lycée. Evaluation de processus et de résultats. OFDT, Décembre 2016.

(11) Maréchal L. Evaluation des répercussions professionnelles d'une consommation de cannabis : enquête auprès de consommateurs de cannabis en demande de soins. Thèse d'exercice soutenue le 06/01/2017. Faculté de médecine Henri Warembourg, Université Lille 2 Droit et Santé.

(12) Melchior M, Bolze C, Fombonne E, Surkan PJ, Pryor L, Jauffret-Roustide M. Early cannabis initiation and educational attainment : is the association causal ? Data from the French TEMPO study. *International Journal of Epidemiology*. 2017, 46(5) : 1641-1650

(13) Schilling Laura, et *al.* Licit and illicit substance use patterns among university students in Germany using cluster analysis. *Substance Abuse Treatment Prevention and Policy*. 2017, 12 : 44. DOI 10.1186/s13011-017-0128-z

(14) Kelly Adrian B et *al.* Longitudinal study of the association of adolescent polydrug use, alcohol use and high school non-completion. *Addiction*. 2015, 110 : 627-635. DOI: 10.1111/add.12829

(15)<http://www.drogues.gouv.fr/comprendre/les-produits/cannabis#sthash.EJ5DFWx1.0aYqfdOC.dpbs>.

Consulté le 20/10/2016

(16) Lasry L. Les représentations du cannabis par les adolescents : perceptions et attitudes. Thèse d'exercice soutenue en 2011. Faculté de médecine de Créteil, Université Paris Val-de-Marne.

(17) Aryana A, Williams MA. Marijuana as a trigger of cardiovascular events: speculation or scientific certainty? *International Journal of Cardiology*. 2007, 118(2) :141-144.

(18) Herning RI, Better WE, Tate K, Cadet JL. Marijuana abusers are at increased risk for stroke. Preliminary evidence from cerebrovascular perfusion data. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2001, 939 : 413-415.

(19) <https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/cannabis>.

Consulté le 27/07/2017

(20) Di Franco MJ, Sheppard HW, Hunter DJ, Tosteson TD, Ascher MS. The lack of association of marijuana and other recreational drugs with progression to AIDS in the San Francisco Men's Health Study. *Annals of Epidemiology*. 1996, 6(4) : 283-289.

(21) Munckhof WJ, Konstantinos A, Wamsley M, Mortlock M, Gilpin C. A cluster of tuberculosis associated with use of a marijuana water pipe. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*. 2003, 7(9) : 860-865.

(22) Sauvanier M, Constans J, Skopinski S, *et al.* Les artériopathies des membres inférieurs débutant avant 50 ans. Analyse rétrospective de 73 patients. *Journal des Maladies Vasculaires*. 2002, 27(2) : 69-76.

(23) Fergusson DM, Horwood LJ, Northstone K. Maternal use of cannabis and pregnancy outcome. *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2002, 109(1) : 21-27.

(24) https://lecrat.fr/spip.php?page=article&id_article=143.

Consulté le 07/08/2017

(25) Chen CY, O'Brien MS, Anthony JC. Who become cannabis dependent soon after onset of use ? Epidemiological evidence from the United States : 2000-2001. *Drug and Alcohol Dependence*. 2005, 79 :11-22.

(26) INSERM. Conduites addictives chez les adolescents. Usages, prévention et accompagnement. Collection Expertise collective, Paris, 2014.

(27) Mura P, Kintz P, Papet Y, Ruesch G. Evaluation de six tests rapides pour le dépistage du cannabis dans la sueur, la salive et les urines. *Acta Clin Belg*. 1999 : 35-38.

(28) Kintz P, Cirimele V, Pepin G, Marquet P, Deveaux M, Mura P. Identification et dosage des cannabinoïdes dans le sang total. *Toxicorama*. 1996, 8 : 29-33

(29) Code de la santé publique – Article L3421-1.

(30) Article L235-1 du code de la route

(31) http://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/documents/caap_gdpre.pdf.

Consulté le 12/09/2017

(32) <http://www.ch-sainte-anne.fr/Offres-de-soins/Psychiatrie/Psychiatrie-adulte/Le-service-d-Addictologie-CSAPA-Sainte-Anne>.

Consulté le 12/09/2017

(33) Beck François. Drogues, chiffrés clés – 7^{ème} édition. OFDT, Juin 2017.

(34) http://ansm.sante.fr/searchengine/general_search?SearchText=marinol&ok=Valider.

Consulté le 01/07/2017

(35) Dossier de presse NILE – Sativex® en France, une chance ou perte de chance ? Colloque du 24 mars 2016.

(36) Tron I, Pennognon L, Queguiner E. Santé des étudiants de 1^{ère} année d'université en Bretagne : enquête réalisée en collaboration avec les universités de Brest, Rennes 1, Rennes 2. La santé physique et psychique. Observatoire Régional de la Santé de Bretagne (ORSB), Janvier 2008/02, 8p.

(37) Enquête SMEREP. Santé des étudiants et des lycéens. Juin 2017.

(38) Spilka Stanislas, Janssen Eric, Legleye Stéphane. Détection des usages problématiques de cannabis : le Cannabis Abuse Screening Test (CAST). Note n°2013-01, OFDT, Septembre 2013.

(39) Tovar Marie-Line, Le Nézet Olivier, Bastianic Tanja. Perceptions et opinions des Français sur les drogues. Tendances n°88, OFDT, Octobre 2013.

(40) Taylor M, Mackay K, Murphy J, *et al.* Quantifying the RR of harm to self and others from substance misuse: results from a survey of clinical experts across Scotland. *BMJ Open* 2012;2:e000774. doi:10.1136/bmjopen-2011-000774

Université de Lille 2
FACULTE DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES DE LILLE
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE
Année Universitaire 2016/2017

Nom : SUAUD
Prénom : Juliette

Titre de la thèse : Evaluation de la consommation de cannabis chez les étudiants.

Mots-clés : Cannabis, étudiants, usage problématique, échec scolaire.

Résumé :

Objectifs : La consommation de cannabis est un problème de santé publique en France, dont la prévalence est élevée chez les sujets jeunes. Le cannabis est une drogue susceptible d'entraîner des effets secondaires importants avec un impact cognitif et un risque majoré de développement de pathologies psychiatriques. L'objectif de cette étude était de faire un bilan épidémiologique de la consommation de cannabis dans la population étudiante, et de rechercher les facteurs de risque associés à un risque élevé d'usage problématique de cannabis. Mais aussi, de conclure à un éventuel lien entre la consommation abusive de cannabis et un échec scolaire chez les étudiants.

Méthodes : 575 étudiants ont répondu à un questionnaire anonyme diffusé sur internet. Celui-ci a recueilli des données démographiques et socio-économiques, des données sur une consommation de cannabis et autres drogues au cours des trois derniers mois, ainsi que les conséquences médico-sociales liées à cette consommation. Le risque d'usage problématique était évalué par le questionnaire CAST (*Cannabis Abuse Screening Test*). La recherche de facteurs de risque était réalisée par une méthode de régression logistique.

Résultats : 49,9% des étudiants ont consommé au moins une fois au cours des trois derniers mois, dont 20% en usage régulier, avec une prédominance masculine attendue. 22,4% des consommateurs sont classés à risque d'usage problématique par le CAST. 11 étudiants estiment être en échec scolaire. Les facteurs de risque sont la co-consommation d'autres drogues et un budget alloué aux loisirs élevé. Les facteurs protecteur sont le niveau d'étude (master ou doctorat), le fait d'avoir un job étudiant et une co-consommation d'alcool.

Conclusion : La prévalence de consommation de cannabis est élevée dans notre population étudiante. En revanche, on ne peut pas conclure à un lien entre une consommation abusive de cannabis et un échec scolaire chez les étudiants, car la population en échec n'est pas représentative de notre échantillon. Les facteurs de risque permettent d'orienter le dépistage de l'usage problématique de cannabis.

Membres du jury :

Président : Delphine ALLORGE, Professeur des Universités – Praticien Hospitalier en Toxicologie, Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de Lille

Directeur, Conseiller de thèse : Claire PINÇON, Maître de Conférences en Biomathématiques, Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de Lille

Membre(s) extérieur(s) :

Monsieur GOSSELIN Benoit, Pharmacien d'officine, Lambersart

Monsieur MANTEL Bernard, Pharmacien d'officine, Roubaix