

Premier bilan des « consultations cannabis »

Analyse du public accueilli pour un problème d'usage de cannabis ou d'autres drogues en 2005

Ivana
Obradovic

Le cannabis est le produit psychoactif illégal le plus consommé en France, en particulier chez les jeunes. En 2003, à 17 et 18 ans, près d'une fille sur dix et d'un garçon sur cinq en faisaient un usage régulier¹. Dans le cadre du Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008, le Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) ont mis en place un programme de prévention de l'usage du cannabis avec, en février 2005, une campagne médiatique de sensibilisation et la mise en place, dans tous les départements, de consultations spécifiques, destinées à tous ceux qui ont, ou pensent avoir, une consommation problématique de cannabis. Ces « consultations de diagnostic de situation » ont été étroitement associées au dispositif d'addictologie existant : 75 % sont adossées à un Centre spécialisé de soins aux toxicomanes (CSST), 8 % à un Centre de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA), 2 % à un CCAA/CSST et 15 % à un service hospitalier³.

L'objectif assigné à ces « consultations jeunes consommateurs »⁴ est de proposer une évaluation de la consommation et un diagnostic de l'usage nocif ; d'offrir une information et un conseil personnalisés aux usagers à risque ; d'offrir une prise en charge brève aux jeunes ayant un usage nocif sans complications sociales ou psychiatriques ; d'accompagner ou de proposer une orientation aux jeunes lorsque la situation le justifie ; d'offrir un accueil aux parents en difficulté face à la consommation de leurs enfants ; de proposer, le cas échéant, un accueil conjoint parents-enfants.

L'enquête qui constitue l'essentiel de ce numéro de *Tendances* offre une photographie du public qui s'est adressé aux « consultations cannabis » un mois donné, par comparaison avec les usagers de cannabis en population générale. Elle apporte des réponses qualitatives sur l'activité des consultations et permet de décrire le type de suivi proposé aux usagers de produits psychoactifs, en fonction de leur

profil de consommation. Quel traitement spécifique les consultations apportent-elles aux personnes en difficulté avec leur consommation, en lien avec le dispositif de soins « ordinaire » ? Comment cette porte d'entrée vers les structures de prise en charge fonctionne-t-elle concrètement ?

Profil sociodémographique des consultants

De mars 2005 à février 2006, environ 15 200 consommateurs ont été vus (une fois ou plus) et quelque 12 400 personnes de l'entourage d'un consommateur ont été accueillies (d'après les données du recueil mensuel, cf. encadré p. 4). Parmi les consommateurs reçus un mois donné (72 % du public), les garçons sont nettement majoritaires (80 %). Parmi les 28 % de consultants issus de l'entourage d'un consommateur en revanche (en majorité des parents), 68 % sont des femmes et 32 % des hommes.

L'âge moyen des consommateurs vus en « consultation cannabis » est de 21 ans et 2 mois (20 ans et 8 mois chez les filles, contre 21 ans et 3 mois chez les garçons).

Les consommateurs reçus ont, en général, entre 14 et 25 ans (à 90 %) ; quelle que soit la tranche d'âge, les garçons représentent trois quarts au moins des usagers accueillis. Un quart des consommateurs sont des mineurs (dont une quinzaine de consultants âgés de 10 à 13 ans, soit moins de 1 % de l'ensemble) venus, pour la plupart, accompagnés d'un parent. Les « consultations cannabis » ont également attiré un public de consommateurs plus âgés : 13 % ont plus de 25 ans (le plus âgé de l'échantillon a 59 ans), et l'on peut penser que cette part est même légèrement sous-évaluée (cf. repères méthodologiques).

¹ Dix consommations et plus dans le mois écoulé : voir *Escapad 2003*, OFDT.

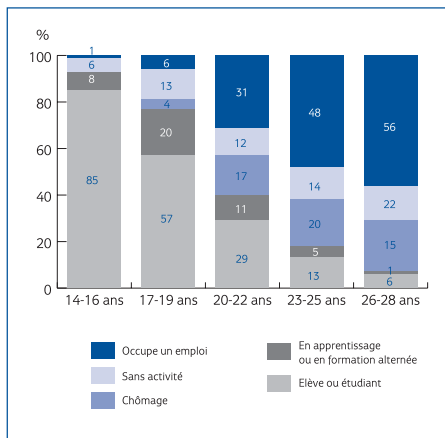
² Cette campagne a été déclinée sous plusieurs formes (<http://www.drogues.gouv.fr>).

³ Sources : recueil mensuel, OFDT + récapitulatif des crédits dédiés aux consultations labellisées, ministère de la Santé, Direction Générale de la Santé/SD6B.

⁴ L'intitulé « consultations jeunes consommateurs » est la dénomination institutionnelle mentionnée dans le cahier des charges et la circulaire DGS-DHOS du 7 mars 2005 relative au système d'information les concernant. Aucun critère d'âge n'y est indiqué. L'expression « consultation jeunes consommateurs » est utilisée ici de façon équivalente à « consultation cannabis » ou « consultation de diagnostic ».

Avant 20 ans, la plupart des consommateurs sont élèves ou étudiants (93 % des consommateurs de 14-16 ans et 77 % des 17-19 ans), les garçons un peu plus souvent que les filles. La proportion d'actifs (présents sur le marché du travail, qu'ils occupent un emploi ou qu'ils en cherchent un) augmente logiquement avec l'âge. Les actifs occupés sont majoritaires parmi les consultants à partir de 23 ans. Les personnes au chômage représentent environ 20 % des consultants à partir de 20 ans.

Situation scolaire ou professionnelle des usagers âgés de 14 à 28 ans (n=2489)



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

Source : Enquête sur les personnes accueillies en consultation cannabis un mois donné, 2005

De surcroît, le profil scolaire des consommateurs vus en « consultation cannabis » diffère de celui des jeunes interrogés dans l'enquête *Escapad 2003*⁵ : à 18 ans par exemple, ils sont moins souvent scolarisés (78 % des consultants, vs 96 %) ; quand ils le sont, ils sont plus souvent engagés dans des filières d'apprentissage ou de formation alternée (25 % des consultants, vs 12 % dans *Escapad*).

« Consultations cannabis » et système d'information

Les « consultations cannabis » ont été doublées d'un système d'information mis en place par l'OFDT à la demande des pouvoirs publics (Ministère de la Santé et Mission interministérielle de lutte contre la drogue et les toxicomanies), qui permet de dresser le bilan de la première année de fonctionnement.

Ce suivi prévoit trois volets : un volet d'enquête (ici présenté) visant à caractériser le public reçu (consommateurs et entourage), à qualifier la nature des consultations (nombre moyen de consultations, type de suivi, personnel d'accueil,

Modes de consommation

Les critères diagnostiques de l'usage nocif et de l'abus de substances psychoactives ont été définis dans la 10^{ème} classification internationale des maladies de l'OMS (CIM-10) et le manuel de classification des troubles mentaux de l'Association Américaine de Psychiatrie (DSM-IV).

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

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

L'abus (DSM-IV) ou l'usage nocif (CIM-10) d'un

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

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

Consommations de cannabis déclarées

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

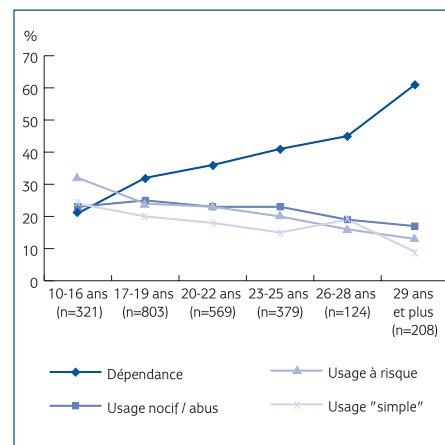
Les niveaux de consommation de cannabis déclarés sont élevés : 45 % des consommateurs vus sont des usagers quotidiens, 20 % font état d'une consommation régulière mais pas quotidienne (10 à 29 usages dans le mois passé) et 35 % sont des usagers occasionnels, déclarant des fréquences d'usage récent en deçà de 10 prises dans le mois (10 % n'ont pas du tout consommé de cannabis dans le mois précédant la visite en consultation).

Quelle que soit la tranche d'âge, plus du tiers des consommateurs fait l'objet d'un diagnostic de dépendance ; cette proportion croît avec l'âge. Les usagers « dépendants » sont les plus nombreux à partir de 17 ans (cf. graphique) : leur part culmine entre 29 et 34 ans (environ 80 %). Autre fait saillant, la part des usages « nocifs » est relativement stable aux différents âges de la vie (autour de 20 % de

chaque tranche d'âge), tandis que la part des usages occasionnels sans nocivité avérée décroît fortement avec l'âge.

En outre, la fréquence et l'intensité de l'usage sont étroitement corrélées : parmi les consultants, 53 % des usagers quotidiens de cannabis disent fumer au moins 5 joints un jour de consommation, contre « seulement » 28 % des usagers réguliers.

Type d'usagers reçus, par tranche d'âge (en %)



Source : Enquête sur les personnes accueillies en consultation cannabis un mois donné, 2005

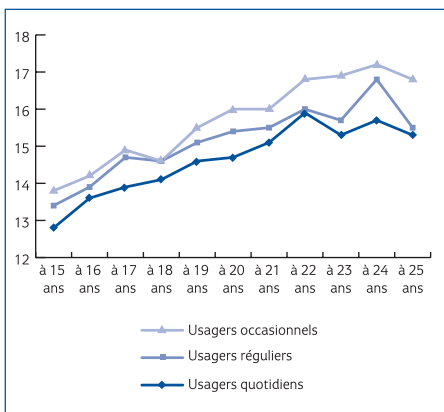
orientations proposées) et à décrire les pratiques professionnelles (utilisation d'outils de repérage, orientations proposées, etc.) – cf. repères méthodologiques ; un recueil mensuel de la file active (mars 2005-mars 2006) – cf. encadré page 4 ; un troisième volet, en cours de mise en place, comprend une « fiche patient », que les professionnels des consultations doivent remplir dans le cadre du système RECAP (Recueil commun sur les addictions et les prises en charge) déjà en vigueur dans les CSST et les CCAA.

La précocité des expérimentations est très liée aux usages actuels de cannabis. Plus le cannabis a été expérimenté jeune, plus la fréquence d'usage actuelle est régulière.

Les usagers de cannabis venus en consultation se distinguent par une expérimentation du produit plus précoce que celle des adolescents observés dans l'enquête *Escapad* : en moyenne, à 18 ans, les garçons déclarent avoir expérimenté le cannabis à 14,5 ans (vs 15,2

⁵ Source *Escapad 2003*, OFDT.

Âge moyen d'expérimentation du cannabis selon l'âge actuel et la fréquence d'usage déclarée



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

Source : Enquête sur les personnes accueillies en consultation cannabis un mois donné, 2005

ans), les filles à 14,7 ans (*vs* 15,3 ans)⁶. À 17-18 ans, l'âge moyen d'une première consommation de cannabis est de 14,7 ans parmi les consultants déclarant une consommation « à risque », de 14,4 ans chez les consommateurs faisant état d'un usage « nocif » : il s'abaisse à 13,9 ans chez les usagers dépendants. Parmi les usagers quotidiens à 18 ans, 36 % ont essayé le cannabis avant 14 ans (10 % « seulement » parmi les usagers occasionnels, c'est-à-dire ni réguliers ni quotidiens).

Usages d'autres produits

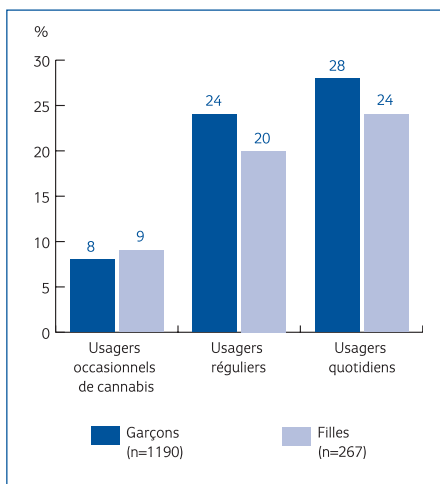
L'usage de produits psychoactifs licites courant parmi les consommateurs venus en consultation. De façon attendue et logique, le tabagisme est très fréquent : 90 % des usagers réguliers et 93 % des usagers quotidiens de cannabis sont également des fumeurs quotidiens de tabac (*vs* 82 % des usagers occa-

sionnels)⁷. Parallèlement, la quasi-totalité des usagers faisant l'objet d'un diagnostic de dépendance sont des fumeurs quotidiens de cigarettes (*vs* 73 % chez les usagers dont la consommation n'a été jugée ni nocive, ni même « à risque »).

L'usage régulier d'alcool est le fait de près de 20 % des consommateurs venus en consultation (20 % chez les garçons, 18 % chez les filles). Il est corrélé à l'usage de cannabis : 27 % des usagers quotidiens de cannabis sont des buveurs réguliers, contre 23 % des usagers réguliers et 8 % des usagers occasionnels de cannabis. Ainsi, 14 % des usagers quotidiens de cannabis sont aussi des buveurs quotidiens d'alcool (14 % chez les garçons, 12 % chez les filles).

L'expérimentation d'ecstasy semble répandue : elle concerne un consommateur sur quatre âgé de 17-18 ans (4 % en population générale)⁸. Toutefois, ce taux d'expérimentation n'est que peu supérieur à celui relevé

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



Source : Enquête sur les personnes accueillies en consultation cannabis un mois donné, 2005

parmi les usagers réguliers de cannabis de la population générale : 21 % des usagers réguliers de 17-18 ans interrogés dans *Escapad 2003* déclarent avoir déjà pris de l'ecstasy au cours de leur vie. Cette proximité de profils se retrouve pour l'usage d'ecstasy des 30 derniers jours (9 % des filles reçues en « consultation cannabis », *vs* 9 % des fumeuses régulières dans *Escapad*, et 7 % des garçons reçus *vs* 12 % des fumeurs réguliers).

Modalités de recours

Dans 38 % des cas, les personnes de l'entourage demandent un conseil sur la conduite à tenir vis-à-vis du jeune consommateur. On trouve ensuite, à parts égales, une demande de prise en charge du jeune consommateur ou de soutien psychologique (environ 30 %), ou encore, une demande d'information sur les effets du produit ou sur les modes de prise en charge (26 %). Les demandes de l'entourage sont fréquemment multiples.

Parmi les consommateurs, les modalités de recours à la consultation sont différemment structurées selon le sexe : chez les garçons, 40 % des recours relèvent d'une injonction judiciaire⁹, contre 30 % de consultations sollicitées sur suggestion d'un tiers (entourage familial ou éducatif, médecin scolaire, assistante sociale, autre) et 30 % de démarches spontanées. Chez les filles, les demandes spontanées arrivent en tête (41 %), devant de peu les recours sur suggestion d'un tiers (40 %) et loin devant les orientations judiciaires (19 %).

Les circonstances du recours aux consultations sont également différenciées par tranche d'âge :

- Avant 20 ans, la consultation est, dans près de 50 % des cas, sollicitée par le consommateur sur suggestion d'un tiers.
- Entre 20 et 28 ans, la demande du consommateur est le plus fréquemment induite par une décision de justice (46 %), en particulier chez les garçons.

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

Environ 70 % des questionnaires contiennent des informations relatives à un consommateur venu seul, 20 % fournissent des informations conjointes (consommateur et entourage) et 10 % ne concernent que l'entourage, venu évoquer la consommation d'un tiers consommateur.

Le taux de participation à l'enquête a été de 95 % (sur 266 consultations désignées par les préfets de région à la date de l'enquête). L'échantillon effectif comprend 229 consultations ayant accueilli au moins un patient dans la période d'inclusion, répar-

ties dans 95 départements (métropole + DOM*). Le taux de réponse exploitable atteint 100 % dans les trois quarts des départements.

La population de consultants captée par l'enquête représente 4202 personnes reçues un mois donné : 72 % de consommateurs (suivis pendant 10 à 14 semaines) et 28 % de personnes de l'entourage d'un consommateur – parent(s) de consommateurs dans près de 9 cas sur 10. Toutefois, l'enquête n'est pas parfaitement exhaustive s'agissant des consommateurs, certaines consultations ayant explicitement choisi de ne prendre en compte dans le questionnaire que les « jeunes » de moins de 26 ans.

* À la date de l'enquête, la Guadeloupe n'avait déclaré aucune « consultation jeunes consommateurs ».

⁶ Voir *Escapad 2003*, OFDT.

⁷ Quand le tabac est exclusivement consommé avec du cannabis (dans le joint), le tabagisme n'est pas déclaré en tant que tel, ce qui explique que 7 % des consultants déclarent ne pas fumer de tabac.

⁸ Les questions relatives aux usages déclarés de substances et à leur fréquence étaient explicitées pour seulement trois produits (alcool, cannabis, ecstasy). La rubrique « autres » permettait d'apporter un complément d'information sur d'autres substances associées mais seul un petit nombre de consultations a rempli ce champ. Il est donc difficile d'évaluer précisément l'ampleur des consommations associées de produits illicites (ou détournés de leur usage) autres que le cannabis et l'ecstasy.

⁹ Les consultants adressés par la justice ont été orientés par le Parquet après une interpellation pour infraction à la législation sur les stupéfiants (alternative aux poursuites : mesure éducative pour mineurs, classement sans suite avec orientation sanitaire, classement sous condition d'orientation sanitaire ou injonction thérapeutique ; incitation aux soins avant l'audience en cas de poursuites). Le mode de collecte ne permet pas de trancher sur le type d'orientation judiciaire dont il est question ici.

Recueil mensuel dans les « consultations cannabis »

Présentation du dispositif

Le Système d'information mensuel dans les consultations cannabis (SIMCCA) permet de suivre l'effectivité des consultations « Jeunes consommateurs », la montée en charge de leur activité, d'en analyser l'évolution et ainsi de transmettre aux décideurs et professionnels des éléments d'appréciation sur le dispositif dans des délais relativement courts.

Chaque mois, quatre catégories d'informations sont transmises à l'OFDT par les responsables des consultations « Jeunes consommateurs ». La première concerne le nombre de personnes rencontrées : jeunes consommateurs (voir note 4 p.1) vus au moins une fois par mois, parents, autres personnes. Les professionnels des consultations dédiées aux jeunes consommateurs de cannabis et d'autres substances renseignent ensuite le délai moyen pour obtenir une première consultation sur rendez-vous. La troisième information recueillie concerne le nombre d'heures d'ouverture hebdomadaire de la consultation. La dernière information collectée porte sur le type de techniques utilisées pour repérer les usagers problématiques de cannabis.

Lorsque les consultations disposent d'un accès Internet, les informations sur l'activité d'un mois donné sont saisies directement dans un formulaire accessible sur le site de l'OFDT à l'aide

d'un identifiant et d'un mot de passe spécifiques à chacune des structures. Pour les structures n'ayant pas d'accès Internet, une version papier du formulaire est remplie et envoyée tous les mois à l'OFDT qui en assure la saisie. Les données reçues, via le site ou sur papier, sont intégrées dans une base de données qui permet de mettre à disposition des professionnels et des décideurs publics les résultats pour l'ensemble de la France, par région et par département. Les consultations peuvent accéder à leurs propres données, saisies chaque mois.

Les résultats

Taux de participation

À la création de SIMCCA en mars 2005, on comptait 259 consultations « Jeunes consommateurs ». Sur les douze premiers mois d'activité, le taux de participation des consultations au recueil mensuel d'activité est satisfaisant : en moyenne, 80 % des structures ont renvoyé des informations exploitables. Les autres n'ont transmis aucune information ou des formulaires incomplets qui sont exclus des analyses pour éviter les biais dans les agrégations nationales, régionales et départementales.

Types de consultants

La majorité des personnes rencontrées dans les structures sont des jeunes consommateurs

(73 %). Il peut également s'agir de parents (environ 21 %) ou d'autres profils de clientèle (6 %) (personnes vues avec ou sans le jeune consommateur). La proportion de jeunes consommateurs vus pour la première fois dans le mois écoulé s'élève à 44 % en moyenne sur les douze premiers mois de recueil. Excepté le mois de mars 2005 où la proportion des consommateurs vus pour la première fois est plus élevée (52 %) et le mois de mai où elle est plus faible (35 %), cet indicateur est stable sur l'ensemble de la période.

Nombre de personnes rencontrées

De mars 2005 à février 2006, on estime à plus de 4 000 personnes (consommateurs, parents, autres consultants) le public accueilli chaque mois dans les consultations cannabis. Le nombre moyen de consultants reçus chaque mois par structure s'élève à presque 18 personnes.

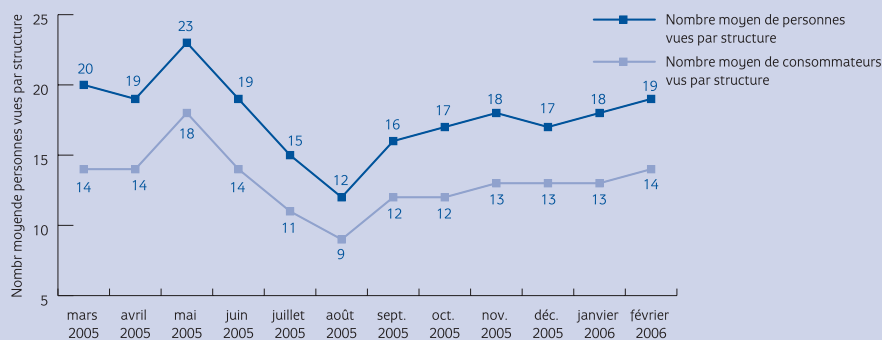
Si l'on ne prend en compte que les consommateurs (sans l'entourage), le nombre moyen d'individus reçus par mois et par structure est d'environ 13 personnes. Sur les douze premiers mois d'exercice, l'estimation du nombre de consommateurs de cannabis rencontrés chaque mois s'élève à 2 900 consommateurs.

Ces chiffres moyens masquent toutefois d'importantes disparités : plus de la moitié des consultations (56 %) accueillent moins de 15 personnes par mois et 3 % en reçoivent plus de 60. Plus précisément, près d'une structure sur quatre accueille au maximum 5 personnes par mois, un tiers des consultations voit entre 5 et 15 personnes, un autre tiers entre 15 et 40 personnes et 10 % reçoivent plus de 40 personnes par mois.

Accessibilité des consultations « Jeunes consommateurs »

Sur ces 12 mois, le délai moyen pour obtenir un RDV est de 7 à 8 jours. Le nombre d'heures d'ouverture moyen pour une consultation est de 14 heures hebdomadaires. Ces résultats sont globalement stables sur douze mois.

Laure Vaissade
et Dominique Lopez ■



■ À partir de 29 ans, les demandes spontanées deviennent prépondérantes (plus de 60 % des modalités de recours).

Diagnostic d'usage et modalités de recours

Les trois quarts des personnes qui ont spontanément sollicité une consultation (31 % de l'ensemble des consommateurs reçus) font état d'un usage nocif ou d'une dépendance avérée. Les usagers diagnostiqués « dépendants » représentent la moitié des recours spontanés.

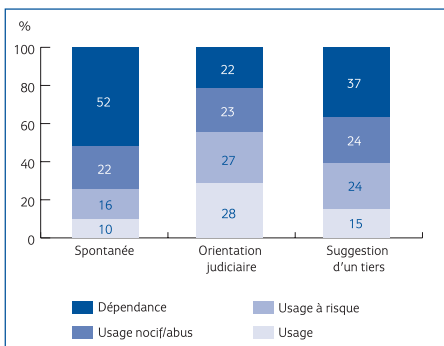
À l'inverse, parmi les consultants adressés par la justice (38 %), la part des profils d'usage relevant d'une consommation abusive ou d'une dépendance au cannabis est faible. Dans cette population, les consommations relevées sont souvent occasionnelles ou « à risque ».

Enfin, les consommateurs orientés vers une consultation cannabis par un tiers (31 %) se répartissent entre usages « problématiques » (environ 60 %) et usages occasionnels (40 %). Ils sont globalement plus jeunes que les usagers adressés par la justice et que ceux qui sont venus spontanément.

Ainsi, les usagers de cannabis tendent à consulter spontanément surtout lorsqu'ils ressentent des problèmes « graves ». Les filles sont plus nombreuses à consulter spontanément : corrélativement, la part des usages réguliers ou quotidiens de cannabis est supérieure à celle des garçons (près de 70 % des consultantes âgées de 17 à 19 ans, contre 60 % des garçons du même âge). Une explication de ce différentiel de structure réside dans l'origine, sexuellement différenciée, du recours aux consultations. En effet, l'orientation judiciaire est la première modalité de recours chez les garçons ; parallèlement, les

cas orientés par la justice sont le plus souvent des cas d'usage « simple » (28 % vs 10 % des demandes spontanées et 15 % des recours sur suggestion d'un tiers) : on retrouve ainsi, dans la structure des usages masculins, une part proportionnellement plus importante d'usages moins problématiques. La part essentiellement masculine des orientations judiciaires peut s'expliquer par une sur-représentation des garçons parmi les personnes interpellées pour une infraction à la législation sur les stupéfiants¹⁰.

Diagnostic d'usage, selon la modalité de recours (n=2457)



Source : Enquête sur les personnes accueillies en consultation cannabis un mois donné, 2005

Suivi offert en consultation cannabis

Deux modalités de consultation existent : la consultation individuelle (environ 90 % des consultants à tout âge) et la réunion de groupe (plusieurs consommateurs vus simultanément, le plus souvent au moment de la première consultation).

Le nombre moyen de consultations par individu dans la période de l'enquête (14 semaines) est légèrement supérieur à 2. Près de la moitié des primo-consultants (venus pour la première fois pendant la période d'inclusion de l'enquête, hors entourage) ne sont venus qu'une fois. Un quart a bénéficié de 2 consultations. Le quart restant se partage entre des suivis d'une durée moyenne de 3 à 4 consultations (21 % des consommateurs) et des suivis plus longs (5 ou plus), qui représentent environ 9 % des consommateurs reçus.

Comme on pouvait s'y attendre, le nombre de consultations est fortement corrélé au type d'usage diagnostiqué lors du premier contact. Parmi les bénéficiaires d'une seule consultation, on trouve une part prépondérante d'usagers « simples » (près de 70 %), alors que les parcours de consultation plus longs (4 consultations ou plus) concentrent une population d'usagers faisant l'objet d'un diagnostic d'usage nocif ou de dépendance (73 %). Précisons que la part de consommateurs qui font l'objet d'un suivi de 5 consultations ou plus est sous-évaluée, du fait de la durée limitée de l'enquête : à la fin de celle-ci, certains jeunes n'ont pas achevé leur suivi.

La durée moyenne du suivi¹¹ proposé aux primo-consultants est de 31,3 jours. Elle est tributaire du nombre de visites : ainsi les personnes

reçues 2 fois ont-elles bénéficié d'une intervention sur une durée de 17 jours en moyenne, tandis que celles qui ont été vues 5 fois ont été suivies pendant 51 jours en moyenne.

Le délai moyen d'attente à la première consultation est de 8,2 jours.

Le délai moyen entre deux consultations est d'une quinzaine de jours : il est d'autant plus long que le nombre total de consultations est important.

Orientation proposée à l'issue de la première consultation

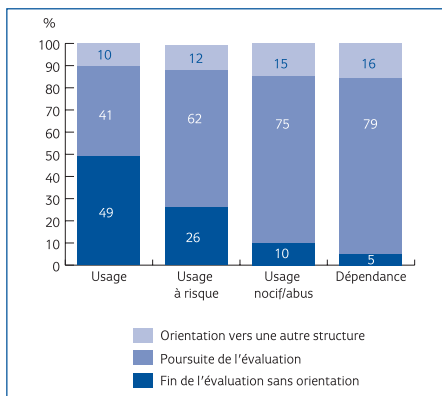
Selon le diagnostic d'usage formulé à la première consultation, l'évaluation est, ou non, poursuivie. La moitié des usagers « simples » ne sont pas revus après une première consultation. À l'inverse, la part d'arrêts décidés lors de la première consultation (cf. figure *infra*) est faible chez les usagers perçus comme dépendants.

En cas d'usage nocif ou de dépendance, la poursuite de l'évaluation concerne 8 consommateurs sur 10.

De la même façon, la part d'orientations vers une autre structure augmente avec la « gravité » du diagnostic d'usage. Cette fonction de relais bénéficie massivement aux CSST, d'autant plus fréquemment que le diagnostic se rapproche de l'abus ou de la dépendance : 58 % des usagers diagnostiqués dépendants qui sont orientés vers une autre structure sont adressés vers un CSST, contre 45 % des usagers simples (qui, le plus souvent, ont été vus par un éducateur ou un infirmier dans une consultation rattachée à un CSST, avant d'être « naturellement » orientés vers le psychologue de la structure-mère). La part des orientations vers d'autres structures est plus importante pour les usagers occasionnels : groupes d'échange ou de parole, point accueil/écoute, structure sportive, association de thérapie familiale, etc.

Classiquement, l'abandon est très fort dans les parcours de soins en matière de toxicomanie et de dépendance. L'enquête permet de mesurer ce taux d'abandon, c'est-à-dire le pourcentage de consultants qui ne sont pas venus à un rendez-vous fixé à la première, deuxième

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



Source : Enquête sur les personnes accueillies en consultation cannabis un mois donné, 2005

ou troisième consultation. Ce taux serait au maximum d'un tiers des consultants, un chiffre relativement faible, probablement surestimé de surcroît, car il comprend une part de non-réponses comptabilisées comme des rendez-vous non poursuivis. Les « décrochages » semblent particulièrement importants après la 2ème consultation (plus de la moitié des consultants) : on peut en partie l'expliquer par l'allongement du délai d'attente à partir du 2ème entretien.

Le délai entre les consultations joue également comme facteur d'abandon, en particulier au début du suivi : plus le délai entre deux rendez-vous est important, plus les chances d'abandon sont élevées.

En outre, la profession du clinicien rencontré lors de la 1ère visite est déterminante : ainsi, être vu par un professionnel de santé (médecin, infirmier, psychologue) divise par 2 les chances d'un décrochage. Au cours des deux premières consultations, le médecin apparaît comme le professionnel le plus enclin à « retenir » les consultants dans le dispositif.

À partir de la 3ème consultation, le public qui « décroche » se singularise légèrement : les jeunes adultes de 23 à 25 ans ont 3 fois plus de risques que les mineurs d'abandonner ; les femmes « sortent » plus souvent du dispositif que les hommes. La profession du clinicien ne joue plus, à ce stade, comme facteur de « fidélisation ».

Les modalités du recours initial (demande spontanée, suggestion d'un tiers ou orientation judiciaire) n'influencent pas le taux de décrochage.

Repérage des consommations problématiques

La majorité des « consultations cannabis » utilisent un seul outil de repérage des consommations (58 %). Près de 20 % en utilisent deux, 12 % en utilisent 3 ou plus et 13 % n'en utilisent aucun¹².

Parmi les outils diagnostiques reconnus (cf. encadré), le CAST arrive en tête : il est utilisé par un tiers des consultations. Le DETC-CAGE fait partie de la pratique d'une consultation sur cinq, devant le DÉP-ADO (14 %), l'ALAC (14 %) et l'ADOSPA (12 %)¹³. Près de 40 % des « consultations cannabis » utilisent des grilles d'évaluation internes.

¹⁰ Pour une explicitation plus complète de cette hypothèse, voir le rapport complet (à paraître).

¹¹ La durée moyenne du suivi correspond au nombre moyen de jours qui se sont écoulés entre la première et la dernière consultation, dans une période d'enquête de 10 à 14 semaines. Elle est calculée pour les 950 consommateurs reçus pour la première fois entre le 15 mars et le 15 avril 2005, ayant bénéficié d'au moins deux consultations et dont le parcours de consultation a été rigoureusement renseigné dans le questionnaire.

¹² Ce pourcentage correspond aux consultations qui n'ont déclaré aucun test de repérage, pour aucun des consommateurs reçus : il est donc probablement surestimé car il comprend une part de non-réponses à la question.

¹³ La somme des pourcentages est supérieure à 100 % du fait des réponses multiples : certaines consultations mettent en œuvre plusieurs tests à la fois.

Repérage des consommations nocives

Plusieurs échelles de dépistage des consommations nocives de drogues existent : elles combinent la description du type d'usage et du contexte de consommation du patient, la recherche des risques associés à la consommation (individuels et environnementaux) et des signes cliniques ou des complications liés à un usage nocif et l'évaluation de la motivation au sevrage (cf. « Pour en savoir plus », référence 2).

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

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

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

L'**ALAC** néo-zélandais (*ALcohol Advisory Council*) décline 11 questions (3 réponses affirmatives indiquent un usage problématique).

Enfin, l'**ADOSPA** (ADOlescents et Substances PsychoActives), traduction du CRAFT américain (*Car Relax, Alone, Forget, Family, Friends, Trouble*), comporte 6 questions (2 réponses affirmatives indiquent un usage nocif de substances psychoactives).

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

Conclusion

Les « consultations cannabis » accueillent bien le public ciblé : il s'agit à plus de 70 % de consommateurs de cannabis, âgés de moins de 25 ans en général, ou bien, pour près de 30 %, de personnes de l'entourage d'un consommateur, pour la plupart des parents, venus le plus souvent accompagner leur enfant en consultation. Ce public comprend une part importante de consommateurs adressés par la justice (38 %), qui tendent à présenter des parcours de consommation moins problématiques.

La majorité des consommateurs reçus déclarent un usage régulier ou quotidien de cannabis (63 %). Les filles s'adressent plus souvent spontanément aux consultations cannabis, alors que les garçons sont plus souvent adressés par la justice.

Les consommateurs font l'objet de deux consultations en moyenne, avec de fortes variations : 23 % sont vus deux fois, 21 % trois ou quatre fois et 9 % cinq fois ou plus. La moitié des consommateurs venus pour la première fois un mois donné ont bénéficié d'une seule consultation : près de 30 % sont orientés vers d'autres types de structures (groupe de parole, point écoute, etc.). Les autres, qui font l'objet d'un diagnostic plus « alarmant », sont invités à poursuivre l'évaluation (usagers « à risque ») ou sont orientés vers une structure spécialisée de prise en charge (en cas d'usage nocif ou de dépendance), le plus souvent un CSST. Le « taux d'abandon » est plutôt satisfaisant (30 % environ), même si l'enquête ne permet de l'estimer que grossièrement : il semble particulièrement important après la première et la deuxième consultation. Le délai entre les consultations est indiscutablement un facteur

d'abandon : une semaine d'attente entre la première et la deuxième consultation multiplie par trois les chances de *drop out*. La présence d'un médecin lors de la première visite accroît les chances de « garder » les consultants dans le dispositif.

Les pratiques professionnelles sont relativement hétérogènes : près de la moitié des consultations utiliseraient des outils de repérage des consommations abusives validés. Les autres tests utilisés sont pour la plupart des grilles de repérage élaborées en interne. La durée des prises en charge est cohérente avec les résultats des repérages.

Le rapport complet de cette enquête, à paraître à l'automne 2006, fournit des analyses complémentaires sur les facteurs associés aux différents types d'usage de cannabis, ainsi qu'une caractérisation plus fine de sous-populations particulières (usagers dépendants ou déclarant une consommation abusive, usagers adressés par la justice, etc.).

L'analyse a permis de cartographier les pratiques professionnelles, du point de vue des critères de formulation d'un diagnostic d'usage, et de proposer une typologie des pratiques en lien avec les caractéristiques du public reçu.

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

Pour en savoir plus

Beck (F.), Legleye (S.), Spilka (S.), « Les niveaux d'usage des drogues en France en 2005 », *Tendances* n° 48, Saint-Denis, OFDT, 2006, 6 p.

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

« L'usage problématique de cannabis », numéro spécial Toxibase-Crips, *Revue Toxibase* n°12 / *Lettre du CRIPS* n°70, février 2004.

Obradovic (I.), *Enquête sur les personnes accueillies en consultation cannabis en 2005*, Saint-Denis, OFDT, 2006, 100 p., à paraître (disponible sur le site www.ofdt.fr).

Tendances

Directeur de la publication
Jean-Michel Costes

Comité de rédaction
Marie-Danièle Barré, Sylvain Dally,
Alain Epelboin, Jean-Dominique Favre, Claude Got,
Serge Karsenty, Annette Leclerc, Thomas Rouault

Secrétariat de rédaction
Julie-Émilie Adès

Maquettiste
Frédérique Million

Impression
Imprimerie Masson / 69, rue de Chabrol
75010 Paris

ISSN 1295-6910
Dépôt légal à parution

Observatoire français des drogues
et des toxicomanies
3, avenue du Stade de France
93218 Saint-Denis La Plaine cedex
Tél : 01 41 62 77 16
Fax : 01 41 62 77 00
e-mail : ofdt@ofdt.fr

An english version of this publication will be available soon on Web at this URL :
<http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/english-tab.html>

www.ofdt.fr

