

# 3

## Données épidémiologiques sur l'abus et la dépendance au cannabis

Plusieurs auteurs ont essayé de mettre en évidence l'abus et la dépendance au cannabis au travers d'enquêtes épidémiologiques à l'aide de questionnaires établis d'après les critères du DSM-III-R ou du DSM-IV (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> éditions), outils cliniques de diagnostic reconnus et standardisés, applicables à l'abus de substances psychoactives et à la dépendance (tableaux 3.I et 3.II).

Ces outils sont donc largement utilisés lorsque des variables de dépendance sont recherchées dans les enquêtes de consommation. Néanmoins, l'utilisation d'un questionnaire dans le cadre d'enquêtes en population ne permet pas de faire un diagnostic, mais seulement d'établir une probabilité d'être abuseur ou dépendant lorsque le sujet interviewé présente plusieurs des indicateurs rendant compte des critères du DSM-IV.

L'épidémiologie de l'abus et de la dépendance, les relations entre modalités d'usage et dépendance ainsi que les facteurs de risque de dépendance restent encore peu connus. Les principales données sur la prévalence de l'abus et la dépendance ont été obtenues aux États-Unis, en Australie et Nouvelle-Zélande et très peu dans les pays européens.

### Problèmes de définition

Dès 1963, l'Organisation mondiale de la Santé recommandait de ne plus utiliser le terme trop ambigu de « toxicomanie », sa signification variant en effet fortement selon les contextes socioculturels et les théories auxquelles on se réfère. Les termes de dépendance psychologique et de dépendance physique sont alors proposés, leur définition recouvrant à peu près les notions anciennes d'accoutumance et d'assuétude. Les classifications les plus récentes introduisent de nouvelles catégories diagnostiques, l'abus et la dépendance, décrites et détaillées pour chaque substance. La délimitation précise de ces champs conceptuels pose cependant encore problème, en particulier chez l'enfant et l'adolescent.

**Tableau 3.1 : Critères diagnostiques de dépendance à une substance d'après le DSM-IV (Anonyme APA, 1994)**

---

Mode d'utilisation inadéquat d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, caractérisée par la présence d'au moins trois des manifestations suivantes au cours d'une période continue de 12 mois :

1. Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
    - a. besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré ;
    - b. effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de substance.
  2. Sevrage, caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
    - a. syndrome de sevrage caractéristique de la substance ;
    - b. la même substance (ou une substance très proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.
  3. La substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu ;
  4. Il existe un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation de la substance ;
  5. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance (par exemple consultation de nombreux médecins ou déplacement sur de longues distances), à utiliser le produit (par exemple fumer sans discontinuer), ou à récupérer de ses effets ;
  6. Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance ;
  7. L'utilisation de la substance est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent, susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance (par exemple, poursuite de la prise de cocaïne bien que la personne admette une dépression liée à la cocaïne, ou poursuite de la prise de boissons alcoolisées bien que le sujet reconnaisse l'aggravation d'un ulcère du fait de la consommation d'alcool).
- 

### Approche catégorielle

Pendant longtemps, la clinique de la « toxicomanie » est restée marquée par la diversité des points de vue fondés très souvent sur des *a priori* théoriques rendant difficile la communication scientifique. Progressivement, s'est fait sentir la nécessité d'élaborer des grilles standardisées de critères diagnostiques objectifs, dits opérationnels, reposant sur une description clinique des troubles. Les nouvelles classifications internationales se sont efforcées de répondre à cette exigence indispensable sur le plan de la recherche. Depuis, ces critères diagnostiques n'ont cependant cessé d'être modifiés parallèlement au développement de la notion d'addiction liée à l'évolution même du concept de dépendance. Dans le DSM-III, la dépendance ne peut être que physique en référence au modèle de la maladie alcoolique proposé par Jellinek (1960), seuls la tolérance et le syndrome de sevrage sont retenus comme critères diagnostiques de la dépendance. À la suite des travaux d'Edwards et coll. (1981) et de leur description du « syndrome de dépendance aux substances », le concept de dépendance dans le DSM-III-R et la CIM-10 est élargi : à côté de la tolérance et du syndrome de sevrage, sont introduits, dans les critères

**Tableau 3.II : Critères diagnostiques d'abus de substance d'après le DSM-IV (Anonyme APA, 1994)**

- 
- A. Mode d'utilisation inadéquat d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, caractérisée par la présence d'une au moins des manifestations suivantes au cours d'une période de 12 mois :
1. utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures au travail, à l'école ou à la maison (par exemple, absences répétées ou mauvaises performances au travail du fait de l'utilisation de la substance, absences, exclusions temporaires ou définitives de l'école, négligence des enfants ou des tâches ménagères) ;
  2. utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux (par exemple, lors de la conduite d'une voiture ou en faisant fonctionner une machine alors qu'on est sous l'influence d'une substance) ;
  3. problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation d'une substance (par exemple, arrestations pour comportement anormal en rapport avec l'utilisation de la substance) ;
  4. utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance (par exemple disputes avec le conjoint à propos des conséquences de l'intoxication, bagarres).
- B. Les symptômes n'ont jamais atteint, pour cette classe de substances, les critères de dépendance à une substance.
- 

diagnostiques de la dépendance, un certain nombre de signes et de symptômes cognitifs et comportementaux relatifs à l'utilisation des produits. La dépendance peut alors être comportementale ou physique. Avec Goodman (1990), la notion de dépendance, naguère centrée autour de la stricte pharmacodépendance, est étendue à des comportements dont la nature addictive semble manifester malgré l'absence de mésusage d'un produit toxique. Ainsi, la dépendance est-elle aujourd'hui plus largement envisagée comme un style de comportement dont l'addiction à une substance ou une activité représente le pivot. Cette dernière évolution conceptuelle est reprise dans le DSM-IV : la dépendance y apparaît d'abord et avant tout comme d'ordre comportemental ; elle peut s'accompagner ou non d'une dépendance physique (Bailly, 1997, 1998 ; Kaminer, 1994).

Dans ces classifications, l'abus et la dépendance sont considérés comme ayant des expressions cliniques identiques chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte. Les critères retenus n'ont cependant jamais fait l'objet d'études d'évaluation de leur fiabilité et de leur validité chez l'enfant et l'adolescent, et l'adéquation de ces critères à l'enfant et à l'adolescent reste discutée. Si, pour certains auteurs, les manifestations de tolérance ne sont pas exceptionnelles chez l'adolescent, pour beaucoup, la dépendance physique est un phénomène très rarement observé chez l'enfant et l'adolescent. Par ailleurs, les critères diagnostiques en rapport avec les manifestations comportementales de la dépendance et l'existence d'un handicap du fonctionnement social impliquent que soit établi un lien de causalité direct entre la consommation excessive de substance et les troubles observés. Or un tel lien apparaît extrêmement difficile à affirmer chez l'enfant et l'adolescent : d'une part, parce que les attitudes et les comportements des enfants et des adolescents sont tributaires de tous les acteurs qui

influencent la maturation et le développement à cet âge de la vie ; d'autre part, parce que les conduites d'usage de substances psychoactives chez l'enfant et l'adolescent s'inscrivent le plus souvent dans un *pattern* comportemental général en relation avec le processus de socialisation et incluant divers comportements à problème. Enfin, l'introduction d'une notion de durée pose aussi problème.

À partir de quel moment, par exemple, doit-on considérer les conduites d'intoxication massive et intermittente, entrecoupées d'intervalles libres, fréquemment rencontrées chez l'adolescent, comme témoignant d'un abus ou d'une dépendance ? Chez l'enfant et l'adolescent, les conduites d'usage de substances psychoactives, comme en général les attitudes et les comportements observés à cet âge de la vie apparaissent extrêmement fluctuants et mobiles. Toutes ces données montrent bien les difficultés et les risques d'un repérage diagnostique fondé sur une nosographie fixée et délimitée en fonction de la pathologie de l'adulte. Pour beaucoup d'auteurs, ces classifications auraient l'inconvénient non négligeable de ne permettre qu'un diagnostic tardif, au moment où les troubles constatés sont comparables à ceux observés chez l'adulte (Bailey, 1989 ; Bailly et Parquet, 1992 ; Bailly, 1997a, 1997b ; Kaminer, 1994).

### **Approche par niveaux de consommation**

Beaucoup d'auteurs, en particulier chez l'enfant et l'adolescent, se basent encore sur une évaluation purement quantitative de la consommation de substances psychoactives (quantité, fréquence, type de substance utilisée, mode de consommation). La classification qui en résulte s'établit selon une progression croissante allant de l'abstinence à l'abus en passant par l'usage occasionnel. Dans cette perspective, est considéré comme présentant un trouble lié à l'utilisation de substances psychoactives, le sujet qui en consomme « trop » (Bailly et Parquet, 1992 ; Bailly, 1995, 1997b ; Bailly et Bailly-Lambin, 1999 ; Kaminer, 1994).

Cette façon de faire implique la détermination d'un seuil au-delà duquel la consommation pourrait être considérée comme abusive, notion qui peut être fixée en valeur absolue ou par rapport aux modalités de consommation correspondant aux habitudes sociales d'une collectivité donnée. Cette notion de seuil est, en fait, difficile, sinon impossible à cerner : toutes les études épidémiologiques montrent que la consommation de substances psychoactives varie selon l'âge, le sexe, le contexte socioculturel, le type d'activité exercé... Par ailleurs, le passage de l'usage occasionnel à l'usage abusif se fait souvent de manière incidieuse et progressive, pouvant s'étaler sur plusieurs années. C'est dire que cette méthode ne laisse pas d'autre choix au clinicien que d'exprimer sa propre subjectivité. Chaque auteur définit lui-même le contenu des différentes catégories diagnostiques proposées, ce qui rend les comparaisons difficiles, sinon impossibles. Plusieurs études, en particulier chez l'enfant et

l'adolescent, montrent qu'une telle approche identifie des groupes de consommateurs abusifs très largement différents de ceux repérés à l'aide des nouvelles classifications internationales : si la majorité des sujets présentant un abus ou une dépendance selon la définition des nouvelles classifications internationales est aussi généralement classée dans la catégorie des consommateurs abusifs, à l'inverse beaucoup de sujets repérés comme des consommateurs abusifs ne répondent pas aux critères diagnostiques de l'abus et de la dépendance tels que définis dans les nouvelles classifications internationales. Ces données expliquent certainement en grande partie les résultats contradictoires des études visant à établir un lien entre le repérage d'une consommation dite abusive à l'adolescence et la survenue d'une « toxicomanie » à l'âge adulte. En fait, les études fondées sur une telle approche (niveaux de consommation) ne permettent pas le repérage des conduites pathologiques d'usage de substances psychoactives (Bailly et Parquet, 1992 ; Bailly, 1997a, 1997b ; Bailly et Bailly-Lambin, 1999 ; Kaminer, 1994).

## Études aux États-Unis et en Europe

La proportion de personnes dépendantes parmi les consommateurs actuels diminue avec l'âge (Kandel et coll., 1997) et est plus importante chez les hommes que chez les femmes (Kandel et coll., 1997 ; Perkonigg et coll., 1998, 1999 ; Poulton et coll., 1997), que l'on considère une dépendance passée ou actuelle.

Plusieurs enquêtes ont rapporté des estimations nationales de prévalence d'abus de cannabis et de dépendance : l'*Epidemiologic catchment area* (ECA), dans laquelle 18 571 personnes âgées de 18 ans et plus ont été interviewées au cours de cinq enquêtes menées dans les années quatre-vingt (Régier et coll., 1990) ; la *National comorbidity survey* (NCS) effectuée en 1991 sur un échantillon national de 8 098 sujets âgés de 15 à 54 ans (Anthony et coll., 1994) ; la *National longitudinal alcohol epidemiologic survey* (NLAES) menée sur un échantillon représentatif de la population des États-Unis de 42 862 enquêtés (Grant et Pickering, 1998) ; la *National household survey on drug abuse* (NHSDA) (Kandel et coll., 1997).

L'étude ECA (Anthony et Helzer, 1991) indique que la prévalence de dépendance liée à la consommation de cannabis est de 4,4 %.

L'étude NCS (Anthony et coll., 1994) est effectuée sur la base du questionnaire *Composite international diagnostic interview* (CIDI) d'après les critères de dépendance du DSM-II-R transformés en questions standardisées pour les besoins de l'enquête. Pour qualifier une dépendance, il faut rencontrer au moins trois critères sur neuf et présenter une perturbation pendant au moins un mois ou présenter de manière répétée ces perturbations pendant une période plus longue. D'après cette étude, 4,2 % de la population de 15-54 ans

aux États-Unis sont affectés par une dépendance au cannabis. En comparaison, 14 % présentent une dépendance à l'alcool et 24 % une dépendance au tabac. Parmi les usagers de cannabis (46,3 % qui ont consommé au moins une fois du cannabis), 9,1 % sont dépendants au cannabis. En comparaison, parmi les consommateurs de tabac (75,6 %), 32 % sont dépendants au tabac et parmi les consommateurs d'alcool (91,5 %), 15,4 % sont dépendants à l'alcool (tableau 3.III).

**Tableau 3.III : Prévalences-vie de consommation de tabac, d'alcool ou de cannabis et de dépendance à ces substances dans un échantillon représentatif de la population américaine âgée de 15 à 54 ans (d'après Anthony et coll., 1994)**

Substance	Prévalence (% ± déviation standard)		
	Consommation	Dépendance dans l'échantillon total	Dépendance parmi les usagers
Tabac	75,6 ± 0,6	24,1 ± 1,0	31,9
Alcool	91,5 ± 0,5	14,1 ± 0,7	15,4 ± 0,7
Cannabis	46,3 ± 1,1	4,2 ± 0,3	9,1 ± 0,7

Les usagers de cannabis de 15-24 ans ont une prévalence-vie de dépendance comparativement plus élevée que les autres tranches d'âge (tableau 3.IV).

**Tableau 3.IV : Prévalences-vie de consommation et de dépendance au cannabis selon l'âge, dans un échantillon représentatif de la population américaine âgée de 15 à 54 ans (d'après Anthony et coll., 1994)**

Tranche d'âge (ans)	Prévalence (% ± déviation standard)		
	Consommation	Dépendance dans l'échantillon total	Dépendance parmi les usagers
15-24	36,5 ± 2,1	5,6 ± 0,9	15,3 ± 2,3
25-34	61,6 ± 1,8	5,0 ± 0,5	8,1 ± 0,7
35-44	52,1 ± 1,6	4,4 ± 0,7	8,5 ± 1,3
> 45	25,5 ± 1,9	0,8 ± 0,4	3,1 ± 1,5
Total	46,3 ± 1,1	4,2 ± 0,3	9,1 ± 0,7

Il existe une différence entre les hommes et les femmes pour la prévalence-vie de dépendance au cannabis (tableau 3.V). Parmi les usagers de cannabis, 12 % d'hommes et 5,5 % de femmes développent une dépendance.

68 Kandel et coll. (1997), rassemblant trois grandes enquêtes transversales menées auprès des ménages sur la consommation de substances psychoactives

**Tableau 3.V : Prévalences-vie de consommation et de dépendance au cannabis selon le sexe, dans un échantillon représentatif de la population américaine âgée de 15 à 54 ans (d'après Anthony et coll., 1994)**

	Prévalence (% ± déviation standard)		
	Consommation	Dépendance dans l'échantillon total	Dépendance parmi les usagers
Hommes	51,7 ± 1,3	6,2 ± 0,6	12,0 ± 1,1
Femmes	41,0 ± 1,5	2,3 ± 0,3	5,5 ± 0,7

(*National household survey on drug abuse*) de 1991, 1992 et 1993 en population générale de plus de 12 ans (n = 87 915), montrent que 8,2 % des consommateurs de cannabis au cours des douze derniers mois sont repérés comme dépendants selon des critères proches du DSM-IV, soit 0,7 % de l'ensemble de l'échantillon.

Chen et coll., (1997), sur un échantillon (n = 9 284) de la *National household survey on drug abuse* (NHSDA), ont recherché l'association entre l'intensité de l'usage de cannabis et la dépendance (évaluée à partir des critères du DSM-IV) parmi les adolescents (12-17 ans) et les adultes (18-34 ans) consommateurs de cannabis au cours des douze derniers mois. Le questionnaire inclut le nombre total d'usages, le plus récent usage, la fréquence d'usage au cours des douze derniers mois, le nombre de jours avec usage au cours des trente derniers jours, le nombre moyen de joints fumés par jour dans les trente derniers jours et la quantité totale de cannabis consommée dans les trente derniers jours. Les auteurs ont rassemblé les données de 1991, 1992 et 1993. Moins de 10 % des consommateurs au cours des douze derniers mois ont une consommation journalière, 7 % à 13 % consomment presque chaque jour. La moitié de ceux qui ont consommé au cours des trente derniers jours ont fumé un joint ou moins en moyenne par jour. Les garçons adolescents fument légèrement moins souvent que les adultes, mais en plus grande quantité. On n'observe pas de différence de quantité de consommation entre filles et garçons à l'adolescence ; en revanche, les hommes adultes consomment de plus grandes quantités que les femmes. Parmi les consommateurs de cannabis au cours des douze derniers mois, 7,3 % ont les critères de « dépendance ». La fréquence de consommation et la quantité de cannabis consommée sont associées de manière linéaire à la probabilité d'être dépendant au cannabis. Les taux de plus forte dépendance (un consommateur sur cinq au cours des douze derniers mois) se situent chez ceux qui consomment chaque jour ou presque chaque jour. Plus l'usage est fréquent, plus la dépendance est élevée. Cependant, au-delà de l'usage quotidien, les auteurs notent peu d'augmentation du risque de dépendance. Les adolescents présentent un risque de dépendance plus élevé que les adultes pour chaque niveau de fréquence et de quantité ; ainsi, les taux de dépendance diminuent avec l'âge : 21,2 % entre 18 et 25 ans, contre 14,3 % après 35 ans. Le taux de dépendance chez les

adolescents consommateurs quotidiens ou presque quotidiens est deux fois plus élevé que parmi les adultes, et plus élevé chez les filles ; en effet, parmi les filles âgées de 12 à 17 ans consommant quotidiennement ou presque quotidiennement du cannabis, 46,4 % sont dépendantes, contre 28,5 % des garçons du même âge. Parmi les adultes, les hommes sont plus dépendants que les femmes, et consomment de plus grandes quantités. D'après les auteurs, le taux de dépendance plus élevé à l'adolescence qu'à l'âge adulte pourrait être lié non pas à une plus forte consommation des adolescents, mais à leur plus grande « sensibilité » ; ceci semblant encore plus vrai pour les filles. Les auteurs soulignent que cette étude, qui représente une approche épidémiologique de la dépendance sur un large échantillon national, ne propose qu'une mesure approchée de la dépendance et ne prétend pas établir un diagnostic de dépendance. Elle permet cependant d'identifier les individus qui ont une probabilité d'être dépendants.

D'après l'étude NLAES (Grant et Pickering, 1998), les prévalences de l'abus et de la dépendance au cours des douze derniers mois sont de 23,1 % et 6,3 %, respectivement. Le risque d'abus de cannabis et de dépendance augmente avec la fréquence des occasions de fumer : sont dépendants ceux qui consomment le plus et le plus fréquemment. Ils sont plus âgés et sont plus souvent dépendants à l'alcool. L'abus est deux fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes, et plus élevé en zone urbaine qu'en zone rurale. La force de l'association entre la consommation et l'abus est augmentée en fonction du nombre de joints fumés par occasion chez les femmes et non les hommes, et diminue légèrement avec l'âge.

En Allemagne, sur une population représentative d'adolescents et de jeunes adultes de Munich âgés de 14 à 24 ans, 4,1 % des hommes et 1,8 % des femmes présentaient des critères de consommation abusive, 2,5 % des hommes et 1,6 % des femmes des critères de dépendance selon le DSM-IV (Perkonig et coll., 1998). Un suivi des jeunes de 14 à 17 ans sur environ 19 mois montre que, parmi les personnes répondant initialement aux critères de dépendance du DSM-IV, les proportions de celles qui déclaraient avoir diminué leur consommation à l'issue du suivi étaient faibles, une sur cinq chez celles qui avaient déclaré un usage bi-hebdomadaire de cannabis et une sur six chez celles qui avaient déclaré un usage supérieur à deux fois par semaine (Perkonig et coll., 1999).

Une seule étude française (Chabrol et coll., 2000) a rapporté des données concernant l'abus et la dépendance chez 256 adolescents issus d'un lycée général et d'un lycée technique. L'enquête a utilisé un questionnaire dérivé de la version française du *Mini International Neuropsychiatric interview* visant à repérer l'abus et la dépendance selon les critères du DSM-IV. La prévalence d'usage de cannabis s'élève à 41,4 % dans cette population. Les garçons consomment plus que les filles (45,2 % contre 36,4 %). Les lycéens en filière technique consomment plus qu'en filière générale, de même ceux en retard

scolaire (51,1 % contre 37,7 % des élèves sans retard). Parmi, les consommateurs, les prévalences de l'abus et de la dépendance atteignent respectivement 56,6 % et 47,2 %. La dépendance apparaît liée à la durée et la fréquence de l'usage, à une consommation solitaire et au retard scolaire.

## Études en Australie et en Nouvelle-Zélande

Une étude, réalisée sur un échantillon (10 641 individus âgés de plus de 18 ans) représentatif de la population australienne adulte, a permis d'estimer à 1,5 % la proportion de sujets interviewés présentant une dépendance, sur les douze derniers mois, au cannabis ; dans le sous-groupe de consommateurs (> 5 fois dans l'année), cette prévalence s'élève à 21 %. L'étude de certains facteurs sociodémographiques montre en particulier que les sujets dépendants se recrutent plus volontiers parmi les 18-24 ans, et qu'ils présentent une fréquence de comorbidité plus importante que les usagers non dépendants (Swift et coll., 2001).

Une étude transversale menée sur un échantillon « boule de neige » de 243 fumeurs de cannabis de longue durée, fumant 3 à 4 fois par semaine, a été menée dans une zone rurale d'Australie (Swift et coll., 1998). Une entrevue structurée incorporait trois méthodes de diagnostic d'une dépendance, évaluées par la même équipe (Swift et coll., 1998) : un diagnostic approché vie entière DSM-III-R, une approximation selon l'ICD-10 (*International classification of disease*, 10<sup>e</sup> édition) pour les douze derniers mois et l'échelle *Severity dependance scale* (SDS). La prévalence de dépendance-vie et pour les douze derniers mois est de 57 %. L'échelle de sévérité de la dépendance (SDS) permet quant à elle d'évaluer à 15 % la prévalence de la dépendance. Malgré une prévalence relativement élevée de sujets dépendants, seulement un quart d'entre eux estimait avoir parfois rencontré des problèmes avec leur consommation.

Une étude prospective d'une année a été menée en Australie chez 162 sujets hommes ou femmes âgés de 18 à 58 ans (moyenne d'âge de 30 ans), consommateurs de cannabis de longue durée (utilisation au moins hebdomadaire de cannabis depuis un minimum de cinq ans chez les hommes et de trois ans chez les femmes), parmi lesquels 51 % étaient des fumeurs quotidiens (Swift et coll., 2000). La quantité de cannabis consommée, indiquée lors de la première entrevue, est le meilleur prédicteur de la quantité consommée ensuite. Cependant, 21 % ont diminué ou cessé de fumer sans l'intervention de professionnels. La moitié de la population a été diagnostiquée comme présentant une dépendance sur les douze derniers mois à chacune des trois évaluations effectuées (ICD-10, *short UM-CIDI – Composite international diagnostic interview*, SDS) et 44 % pour les trois mesures. Les rémissions sont plus courantes que les incidences. Une année est probablement insuffisante pour voir une réelle évolution. Des études plus longues sont nécessaires pour étudier la durée des

consommations et la nature des changements. Le recrutement dans cette étude ne garantit pas la représentativité de la population des grands consommateurs.

Une étude longitudinale sur six ans menée auprès de 97 consommateurs chroniques, d'âge moyen 22 ans (tous ont plus de 18 ans) au cours de la dernière entrevue mettait également en évidence une persistance et une flexibilité de la consommation de cannabis (Halikas et coll., 1984). La plupart des personnes poursuivent leur consommation, mais les modalités d'usage changent : parmi ceux qui fumaient plus de 5 fois par semaine, 50 % ont diminué leur consommation ; parmi ceux qui fumaient moins de 1 fois par semaine, 30 % ont augmenté leur consommation.

La consommation de cannabis a été étudiée dans deux cohortes de naissance en Nouvelle-Zélande. Les informations ont été recueillies sur la consommation de cannabis et la dépendance entre 15 et 21 ans. La *Christchurch health and development study* suit 1 265 enfants nés en 1977 en région urbaine (Ferguson et coll., 2000). À l'âge de 21 ans, 69 % des jeunes ont consommé du cannabis et plus de 9 % présentent une dépendance à cette substance, selon les critères du DSM-IV. Pourtant, la majorité des consommateurs considère qu'il n'existe pas de risque de dépendance avec le cannabis. Les principaux facteurs prédictifs du développement d'une dépendance sont le sexe (plus de garçons) et certaines caractéristiques de prise de risque retrouvées chez l'adolescent telles que le tabagisme, le trouble des conduites, la fréquentation de pairs délinquants et la recherche de la nouveauté.

La *Dunedin multidisciplinary health and development study* suit environ 1 000 enfants (Poulton et coll., 1997). La consommation de cannabis concerne 15 % de l'échantillon à l'âge de 15 ans et un peu plus de la moitié des sujets à l'âge de 21 ans. La prévalence de la dépendance au cannabis, évaluée à partir des critères du DSM-III-R, passe de 3,6 % à 18 ans à 9,6 % à 21 ans ; elle concerne en majorité les garçons (4,7 % des filles et 14,3 % des garçons à 21 ans).

## Sévérité du syndrome de dépendance

Le concept de syndrome de dépendance affecté d'un degré de sévérité est issu du travail effectué avec les consommateurs excessifs d'alcool, et plus tard avec les fumeurs de tabac. L'applicabilité et l'utilité clinique du syndrome de dépendance pour un grand nombre de substances ont été examinées comme faisant partie du champ d'expérimentation du DSM-IV (Woody et coll., 1993).

Environ 1 100 sujets ayant consommé plus de 6 fois du cannabis ont été interrogés dans le cadre de cette étude. Les critères 1 à 9 et 11 du DSM-IV ont été utilisés pour évaluer la dépendance, qui a été quantifiée selon le nombre de

critères remplis (dépendance nulle, faible, modérée ou sévère, voir tableau 3.VI). Un autre score, basé sur l'intensité et la fréquence de l'utilisation, a permis de classer les sujets en trois groupes de consommation : nulle, faible, intermédiaire ou forte.

L'utilisation de critères quantitatifs pour rendre compte de la sévérité permet d'isoler des sous-groupes de personnes ayant un degré différent de sévérité, selon le type de substance auquel elles sont dépendantes. Pour l'ensemble des classes de substances, la sévérité est globalement corrélée aux mesures de quantité, de fréquence et de problèmes associés :

- les personnes ayant une consommation de substance psychoactive élevée ont un plus grand risque de remplir les critères de dépendance ; le lien le plus faible est observé avec le cannabis ;
- les proportions de personnes ayant une dépendance faible, modérée ou sévère varient selon les substances psychoactives. La majorité (deux tiers) des personnes dépendantes au cannabis le sont de manière faible ou modérée ;
- la proportion de ceux qui, ayant consommé plus de 6 fois un produit, n'ont pas rencontré les critères de dépendance varie considérablement selon les classes de produits. Ainsi, seulement 13 % de ceux qui ont utilisé le tabac ne rempliront pas les critères de dépendance, contre 60 % de ceux qui ont consommé du cannabis. Parmi ceux qui deviendront dépendants à l'alcool ou au cannabis, la moitié ou les deux tiers auront une dépendance modérée ou faible. Pour ceux qui deviennent dépendants au tabac (très facilement), 80 % auront une dépendance faible ou modérée et ne progresseront pas vers une dépendance sévère comme pour la cocaïne ou l'héroïne. Mais il est probable que la dépendance au tabac soit moins bien repérée par le DSM-IV que la dépendance aux autres substances, en raison de moindres manifestations psychologiques. En général, les personnes qui ont un haut degré de dépendance ont des problèmes associés.

**Tableau 3.VI : Sévérité de la dépendance au cannabis en fonction de la consommation (d'après Woody et coll., 1993)**

Dépendance (nombre de critères DSM-IV)	Répartition (%) des sujets en fonction du type de consommation											
	Basse			Intmédiaire			Élevée			Total		
	T	A	C	T	A	C	T	A	C	T	A	C
Nulle (0-2)	18	88	85	14	45	53	5	8	35	13	47	59
Faible (3-4)	28	8	11	30	22	21	22	12	24	27	14	18
Modérée (5-6)	34	3	2	39	15	14	51	19	23	40	12	13
Sévère (7-9)	19	1	3	17	17	12	23	61	17	20	27	10

T : tabac ; A : alcool ; C : cannabis

## Tolérance et syndrome de sevrage

Dans les études expérimentales chez l'homme (Jones et coll., 1981 ; Compton et coll., 1990 ; Haney et coll., 1997, 1999) comme chez l'animal, un phénomène de tolérance au cannabis a été observé. Cependant, la dépendance physique caractérisée par un syndrome de sevrage après l'arrêt de l'exposition au cannabis n'a pas été bien établie ou clairement définie dans toutes les espèces. Le syndrome de sevrage chez l'homme a été approché par différents moyens : des récits de consommateurs, des cas cliniques décrits et des études chez des volontaires consommateurs dans des conditions contrôlées (quantités administrées, contrôle de l'accès aux autres substances...).

Les études chez des volontaires rapportent un syndrome débutant après 24 heures d'abstinence, le pic d'intensité étant après 2-4 jours, et diminuant après 7 jours. Les symptômes sont de type agitation, perte d'appétit, nausée, perturbation du sommeil, irritabilité ou hyperactivité, parfois augmentation de la température du corps (Jones et coll., 1981, Haney et coll., 1999). Ces symptômes sont-ils observés en population générale ?

Une étude (Wiesbeck et coll., 1996) menée à partir de la *Collaborative study of the genetics of alcoholism* (COGA) sur 5 611 sujets rapporte que 16 % des consommateurs fréquents de cannabis ont eu une histoire de syndrome de sevrage. Ce sont en particulier ceux qui ont consommé le produit presque chaque jour pendant au moins 70 mois. Ces résultats sont statistiquement significatifs après avoir tenu compte d'une dépendance à l'alcool et à d'autres substances psychoactives. Ceci correspond à environ 5 % de l'échantillon étudié.

Une autre étude (Kouri et coll., 1999) a recherché les effets du syndrome de sevrage pendant 28 jours d'abstinence chez des consommateurs chroniques de cannabis (ayant consommé au moins à 5 000 occasions, c'est-à-dire l'équivalent d'une consommation journalière pendant 14 ans). Le comportement agressif, mesuré par le *Point subtraction aggression paradigm*, a été évalué : les niveaux les plus élevés d'agressivité sont retrouvés les troisième et septième jours, avec un retour à la normale, comme dans la période de présevrage, sans changement de l'indice de dépression ou d'anxiété.

Une étude prospective (Kouri et coll., 2000) a été menée chez des consommateurs de cannabis de sexe masculin et d'âge moyen 40 ans, ne présentant pas de trouble psychiatrique selon l'axe I du DSM-IV, et dont l'abstinence est contrôlée par dosage urinaire. Parallèlement, l'étude comportait des témoins anciens usagers et des témoins non usagers. Les résultats montrent que les consommateurs font l'expérience d'un certain nombre de symptômes de sevrage durant la phase d'abstinence : augmentation de l'anxiété, irritabilité, trouble de l'humeur, tension physique et une diminution de l'appétit. Ces effets sont plus prononcés durant les 10 premiers jours, mais certains se prolongent durant les 28 jours d'abstinence. Cette étude présente l'intérêt d'être menée chez des personnes qui ont poursuivi leurs activités quotidiennes. Pour

les consommateurs réguliers, l'irritabilité et la tension physique restent significativement élevées durant toute la phase d'abstinence et ne reviennent pas, à l'inverse des autres mesures, à un niveau de base avant sevrage. Il est possible que ces deux symptômes soient préexistants, révélés par l'abstinence, et ne soient donc pas dus au syndrome de sevrage. Parmi les participants, 60 % présentent un syndrome de sevrage attesté par une augmentation jugée significative (d'au moins 3 points par rapport à la normale) de différents symptômes. En revanche, il n'est pas observé d'augmentation du *craving* (appétance) au cannabis durant la période d'abstinence, suggérant que la dépendance physique au cannabis n'est pas aussi forte que celle observée pour les autres substances psychoactives. Le syndrome observé n'est pas assez sévère pour perturber la vie quotidienne et modifier la capacité à rester abstinent durant l'expérience. Cependant, un certain nombre de participants signalent que ces symptômes ont joué un rôle important dans leur rechute. Ainsi, ce soulagement peut contribuer au maintien de la prise quotidienne chez les consommateurs chroniques.

**En conclusion**, les prévalences d'abus et de dépendance au cannabis ont été recherchées à travers la réalisation d'études épidémiologiques représentatives de populations nationales. Les résultats des études analysées montrent des prévalences de dépendance inférieures à 10 %. Les études sont cependant difficiles à comparer entre elles étant donné les différences de populations et d'âges étudiés. Les relations entre l'abus et la dépendance et les niveaux de consommation n'ont pas toujours été explorées. Comparativement aux prévalences de consommation, les prévalences d'abus et de dépendance au cannabis apparaissent relativement faibles. Cependant, étant donné les taux élevés de prévalence de consommation, cette petite proportion peut représenter un nombre important de personnes. Le taux de dépendance semble plus élevé chez les adolescents que chez les adultes. Même si elles ne permettent pas d'établir une évidence définitive d'abus ou de dépendance, ces études transversales servent à pointer les segments de population où les problèmes de dépendance peuvent être trouvés.

## BIBLIOGRAPHIE

- ANONYME. American psychiatric association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4<sup>th</sup> edition). Washington DC : Authors, 1994
- ANTHONY JC, HELZER JE. Syndrom of drug abuse and dependence. *In* : Psychiatric disorders in America. ROBIN NL REGIER DA eds, Macmillan Free Press, 1991 : 116-154
- ANTHONY JC, WARNER LA, KESSLER RC. Comparative epidemiology of dependence on tobacco, alcohol, controlled substances and inhalants : basic finding from the National Comorbidity Survey. *Exp Clin Psychopharmacol* 1994, 2 : 244-268
- BAILEY GW. Current perspectives on substance abuse in youth. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989, 28 : 151-162

- BAILLY D, PARQUET PJ. Les conduites d'alcoolisation chez l'adolescent. Masson, Paris 1992
- BAILLY D. Épidémiologie de l'alcoolisme et de la toxicomanie. In : Épidémiologie psychiatrique. ROUILLONF, LEPINE JP, TERRA JL. GOURREAU-IEEP eds, Paris 1995 : 197-210
- BAILLY D. Particularités cliniques de l'alcoolisme de l'enfant et de l'adolescent. In : Alcoolisme et psychiatrie. Données actuelles et perspectives. Masson, Paris 1997a : 179-200
- BAILLY D. From drug use to drug abuse : a developmental perspective. Scientific meeting of the european chapter of international association for adolescent health. Lausanne 1997b
- BAILLY D. Inscription du sevrage dans le long terme. In : Troisième conférence de consensus sur « les modalités de sevrage chez les toxicomanes dépendant des opiacés ». Paris 1998, 199p
- BAILLY D, BAILLY-LAMBIN I. Consommation de substance et toxicomanie chez l'enfant et l'adolescent : données épidémiologiques et stratégie de prévention. *Encycl Med Chir*. Elsevier, Paris. *Pediatrie* 1999, 4 : 103-B-10
- BAILLY D. Étude de l'alcoolisme et de la toxicomanie de l'enfance à l'âge adulte. Problèmes méthodologiques. *Ann Psychiatr* 2000, 15 : 214-223
- CHABROL H, FREDAIGUE N, CALLAGHAN S. Etude épidémiologique de l'abus et de la dépendance au cannabis parmi 256 adolescents. *L'Encéphale*, 2000, 26 : 47-49
- CHEN K, KANDEL DB, DAVIES M. Relationships between frequency and quantity of marijuana use and last year proxy dependence among adolescents and adults in the United States. *Drug Alcohol Depend* 1997, 46 : 53-67
- COMPTON DR, DEWEY WL, MARTIN BR. Cannabis dependence and tolerance production. *Adv Alcohol Subst Abuse* 1990, 9 : 129-147
- EDWARDS G, ARIF A, HODGSON R. Nomenclature and classification of drug and alcohol related problems. *Bull World Health Organisation* 1981, 59 : 225-242
- FERGUSON DM, HORWOOD LJ. Cannabis use and dependence in a New Zealand birth cohort. *N Z Med J* 2000, 113 : 156-158
- GOODMAN A. Addiction : definition and implication. *Br J Addict* 1990, 85 : 1403-1408
- GRANT BE, PICKERING R. The relationship between cannabis use and DSM-IV cannabis abuse and dependence : results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. *J Subst Abuse* 1998, 10 : 255-264
- HALIKAS JA, WELLER RA, MORSE CL, HOFFMANN RG. Use of marijuana and other drugs among adult marijuana users : a longitudinal study. *Compr Psychiatry* 1984, 25 : 63-70
- HANEY M, WARD AS, COMER SD, FOLTIN RW, FISCHMAN MW. Abstinence symptoms following smoked marijuana in humans. *Psychopharmacology* 1999, 141 : 395-404
- HANEY M, COMER SD, WARD AS, FOLTIN RW, FISCHMAN MW. Factors influencing marijuana self-administration by humans. *Behav Pharmacol* 1997, 8 : 101-112
- JELLINEK EM. The disease concept of alcoholism. Hillhouse Press, New Brunswick, 1960

- JONES RT, BENOWITZ NL, HERNING RI. Clinical relevance of cannabis tolerance and dependence. *J Clin Pharmacol* 1981, **21** : 143S-152S
- KAMINER Y. Adolescent substance abuse. A comprehensive guide to theory and practice. Plenum Medical Book Company, New York, 1994
- KANDEL D, CHEN K, WARNER LA, KESSLER RC, GRANT B. Prevalence and demographic correlates of symptoms of last year dependence on alcohol, nicotine, marijuana and cocaine in the US population. *Drug Alcohol Depend* 1997, **44** : 11-29
- KOURI EM, POPE HG JR. Abstinence symptoms during withdrawal from chronic marijuana use. *Exp Clin Psychopharmacol* 2000, **8** : 483-492
- KOURI EM, POPE HG JR, LUKAS SE. Changes in aggressive behavior during withdrawal from long-term marijuana use. *Psychopharmacology* 1999, **143** : 302-308
- PERKONIGG A, LIEB R, WITTCHEM HU. Prevalence of use, abuse and dependence of illicit drugs among adolescents and young adults in a community sample. *Eur Addict Res* 1998, **4** : 58-66
- PERKONIGG A, LIEB R, HOFER M, SCHUSTER P, SONNTAG H, WITTCHEM HU. Patterns of cannabis use, abuse and dependence over time : incidence, progression and stability in a sample of 1228 adolescents. *Addiction* 1999, **94** : 1663-1678
- POULTON RG, BROOKE M, MOFFITT TE, STANTON WR, SILVA PA. Prevalence and correlates of cannabis use and dependence in young New Zealanders. *N Z Med J* 1997, **110** : 68-70
- RÉGIER DA, FARMER ME, RAE DS, LOCKE BZ, KEITH SJ et coll. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA* 1990, **264** : 2511-2518
- SWIFT W, COPELAND J, HALL W. Choosing a diagnostic cut-off for cannabis dependence. *Addiction* 1998, **93** : 1681-1692
- SWIFT W, HALL W, COPELAND J. Characteristics of long-term cannabis users in Sydney, Australia. *Eur Addict Res* 1998, **4** : 190-197
- SWIFT W, HALL W, DIDCOTT P, REILLY D. Patterns and correlates of cannabis dependence among long-term users in an Australian rural area. *Addiction* 1998, **93** : 1149-1160
- SWIFT W, HALL W, COPELAND J. One year follow-up of cannabis dependence among long-term users in Sydney, Australia. *Drug Alcohol Depend* 2000, **59** : 309-318
- SWIFT W, HALL W, TEESSON M. Cannabis use and dependence among Australian adults : results from the National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Addiction* 2001, **96** : 737-748
- WIESBECK GA, SCHUCKIT MA, KALMIJN JA, TIPP JE, BUCHOLZ KK, SMITH TL. An evaluation of the history of a marijuana withdrawal syndrome in a large population. *Addiction* 1996, **91** : 1469-1478
- WOODY GE, COTTLER LB, CACCIOLA J. Severity of dependence : data from the DSM-IV field trials. *Addiction* 1993, **88** : 1573-1579