

Caractéristiques du public reçu dans les Consultations jeunes consommateurs pour un problème d'addiction, 2005-2007

Ivana Obradovic (ivobr@ofdt.fr)

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), Saint-Denis, France

Résumé / Abstract

Introduction – De mars 2005 à décembre 2007, les Consultations jeunes consommateurs (CJC) ont accueilli 45 000 usagers de produits psychoactifs. Cet article décrit la variété des profils de consultants et la réponse qui leur est offerte, en retraçant les parcours individuels au sein du dispositif.

Méthode – Comme pour la première édition de l'enquête en 2005, le recueil des données a été effectué par questionnaire anonyme auprès des professionnels accueillants entre le 20 mars et le 20 avril 2007, avec un suivi des patients jusqu'au 30 juin 2007. L'analyse descriptive a été présentée par sexe et par âge ; celle des facteurs prédictifs du décrochage et des tentatives réussies de réduction de l'usage de cannabis a été réalisée par analyse multivariée.

Résultats – Sur 3 788 consultants reçus dans 214 des 274 CJC, 2 938 sont des consommateurs, pour 81 % masculins, généralement majeurs (83 %). Près de 40 % sont usagers quotidiens de cannabis. La moitié des consultants sont orientés par la justice, contre 22 % de demandes spontanées et 30 % d'orientations familiales, éducatives ou médico-sociales. Plus de la moitié des usagers (53 %) sont diagnostiqués en situation d'abus ou de dépendance. L'analyse décrit les facteurs influant sur la « réussite » des tentatives de réduction de l'usage : la fréquence d'usage du cannabis, le motif d'usage, l'intégration socioprofessionnelle, le nombre de visites, le sexe et l'âge. Elle caractérise aussi le public exposé au risque de « décrocher » en cours de suivi (30 % en moyenne), en soulignant le poids du sexe, du rang de consultation, des attentes à l'entrée dans le dispositif, des motifs d'usage du cannabis.

Discussion – Les CJC fonctionnent comme une plate-forme de repérage et d'orientation de publics hétérogènes, majoritairement sous contrainte judiciaire. L'article démontre l'importance déterminante de l'adhésion des consultants pour le succès du suivi.

Characteristics of outpatients admitted in the French cannabis clinics setting for an addiction problem (2005-2007)

Background – From March 2005 to December 2007, the counselling units for young cannabis users (CJC) received 45,000 cannabis users. This paper focuses on users' profiles, assessing the response provided to them, with an insight into the individual trajectories started within this setting.

Method – As in the first edition of the 2005 survey, the data collection methodology relied on in-person interviews supported by an anonymous questionnaire and carried out by the practitioners themselves. The outpatients were included in the study between 30 March 2007 and 30 April 2007, and followed until 30 June 2007. The descriptive data analysis was detailed by gender and age. The predictive factors for drop-out and for successful cut downs in cannabis use were examined through multivariate analysis methods.

Results – The survey included 3,788 clients, admitted in 214 of the 274 existing cannabis clinics, among whom 2,938 are cannabis users. A large majority of male clients was reported (81%) and 83% were 18 or older. Approximately 40% reported a daily cannabis use. High rates of justice-referred clients were noticeable (48%), while 22% of clients were self-referred and 30% were referred by family or social and medical services. More than a half (53%) of cannabis users was diagnosed with substance abuse or dependence. The study showed that several variables significantly influenced the likelihood of reducing cannabis use after the first counselling session: the frequency of cannabis use, the reason for using, the number of visits and sociodemographic characteristics such as socioeconomic status, gender and age. The study also refers to majors factors of drop-out during follow-up (30% on average), emphasizing the weight of gender, ranks of consultation, expectations when entering the setting, reasons for using cannabis.

Discussion – The cannabis clinics provide a wide range of health-related services to various profiles of outpatients, mostly submitted to compulsory visits (justice-referred clients). This paper stresses the key importance of outpatients' compliance for positive outcomes.

Mots clés / Key words

Consultations jeunes consommateurs, cannabis, usagers de drogues, dépendance, usage problématique / Drug use clinics, cannabis, drug users, dependence, problematic drug use

Introduction

À 17 ans, près de la moitié des adolescents français ont déjà consommé du cannabis et un sur 10 déclare au moins 10 épisodes de consommation dans le mois précédent [1]. Depuis son lancement en 2004, le dispositif des Consultations jeunes consommateurs (CJC) propose un accompagnement aux jeunes usagers de cannabis ou d'autres substances psychoactives, ainsi qu'à leurs familles [2]. Si les CJC interviennent dans le nouveau cadre des Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa) [3], leur vocation reste d'assurer infor-

mation et évaluation des facteurs de gravité de l'usage aux premiers stades de la consommation (usage sans complications sanitaires ni troubles du comportement, ou usage jugé « nocif » s'il provoque des dommages physiques, affectifs, psychologiques ou sociaux) et de déclencher une prise en charge brève ou une orientation. Bien qu'elles aient d'abord été centrées sur un produit, au point d'être baptisées « consultations cannabis », les CJC sont supposées prendre en compte toutes les addictions (avec ou sans drogues - telles que l'addiction au jeu ou au sport). De mars 2005 à décembre 2007, elles ont

accueilli 45 000 usagers de produits et 26 000 personnes de leur entourage en métropole et dans les départements d'outre-mer (Dom), malgré une fréquentation mensuelle en diminution, la part des nouveaux consultants ayant baissé de 52 % à 34 %¹. Après une première

¹ Source : données du recueil mensuel d'activité, OFDT (mars 2005 - décembre 2007). Ce Système d'information mensuel sur les Consultations Cannabis (Simcca) a permis, pendant près de trois ans, de renseigner quelques indicateurs simples d'activité pour l'ensemble de la France, sur la base des chiffres transmis tous les mois par Internet par les CJC : nombre de personnes reçues (jeunes consommateurs, parents ou autres), délai d'obtention d'un rendez-vous, nombre d'heures d'ouverture mensuelle, tests de dépistage utilisés.

enquête nationale en 2005 [4], l'Observatoire des drogues et des toxicomanies (OFDT) a renouvelé ses investigations afin d'approfondir la description du public reçu, la réponse qui lui est offerte et les parcours individuels au sein du dispositif [5]. L'objectif de l'article est de compléter les connaissances sur la population des usagers des CJC (caractéristiques sociodémographiques, profils d'usage, origine des recours) [7], en proposant une analyse des facteurs associés au décrochage ou à la réduction de l'usage de cannabis.

Matériel et méthodes

Population étudiée

Cette nouvelle enquête a été menée au cours d'un mois donné auprès des professionnels ayant reçu les consultants de CJC entre le 20 mars et le 20 avril 2007 et les ayant suivis jusqu'au 30 juin. L'ensemble des consultants vus au cours du mois d'inclusion ont été intégrés dans l'enquête, quels que soient leur âge ou leur demande (information ou conseil, aide à la réduction ou à l'arrêt, sevrage). Une question permettait de déterminer leur rang de consultation afin de distinguer les primo-consultants et d'éviter les doubles comptes.

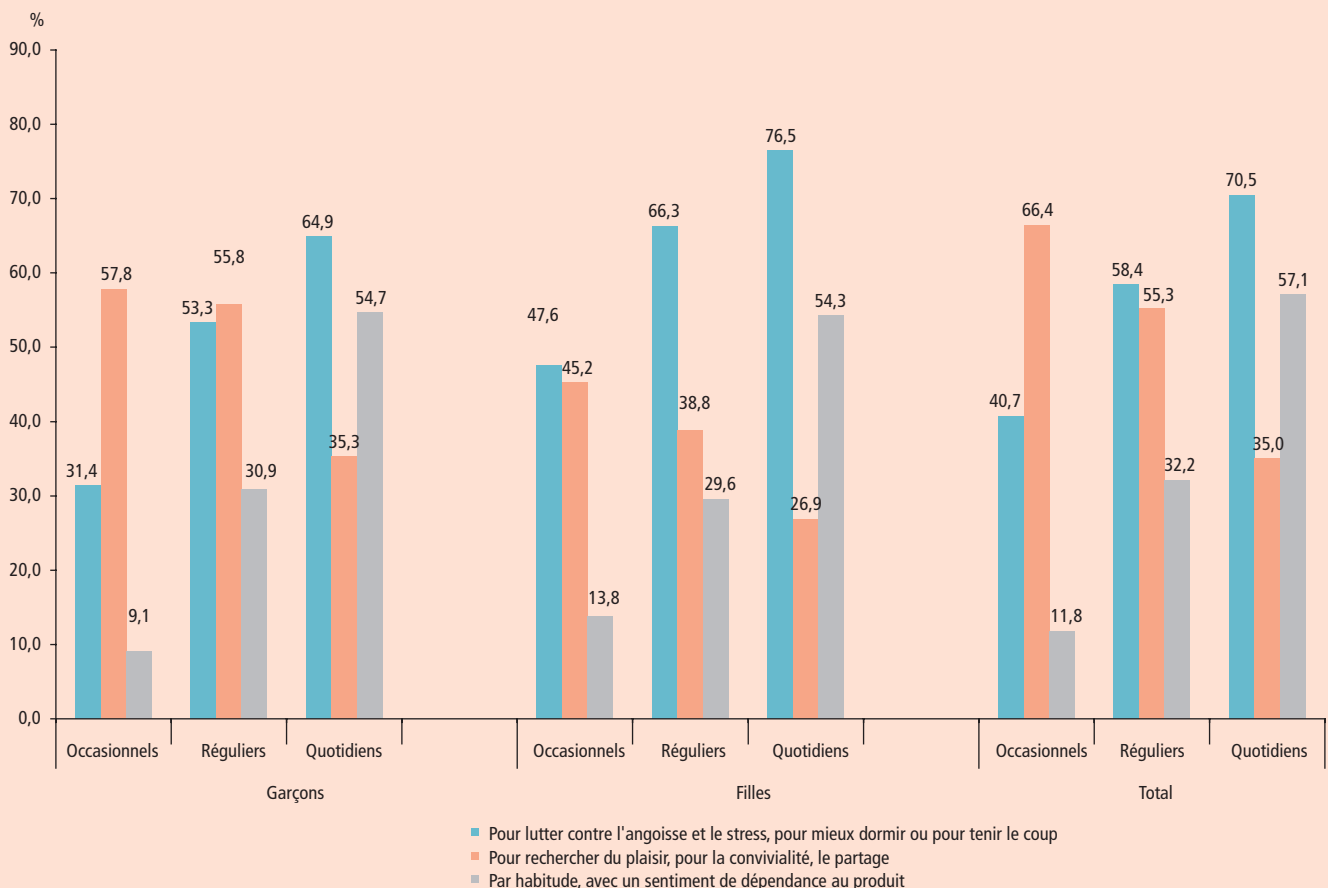
Données recueillies et méthode d'analyse

Les données d'enquête s'appuient sur les réponses fournies par les consultants aux professionnels qui les ont interrogés en face-à-face. Les questionnaires ont été renvoyés sous forme anonymisée à l'OFDT. Comme en 2005, la collecte a porté sur le profil sociodémographique des usagers, l'historique de leur usage, les motifs de leur recours et leur « parcours de suivi » (professionnel rencontré, diagnostic, suivi). L'enquête a intégré des questions sur les motivations d'usage, l'évolution des consommations après la première séance et les pratiques professionnelles de repérage des consommations nocives, d'orientation et de suivi, selon la spécialité de l'accueillant (psychologue, éducateur, médecin ou autre). Le recueil combine des données déclaratives relatives au patient (fréquence, motivations d'usage), hétérosourcées, c'est-à-dire recueillies par le professionnel accueillant, et des données déclaratives du professionnel (diagnostic, test utilisé), auto-administrées. Les modalités de réponse proposées pour décrire l'utilisation de tests de dépistage comprenaient le Cast (*Cannabis abuse screening test*), le Dep-Ado, l'Adospa (ADOLESCENTS et Substances PsychoActives, traduction du

CRAFFT américain), le DETC (Diminuer Entourage Trop Cannabis, adaptation du *Cut Annoyed Guilty Eye-opener* américain) et l'Alac (*Alcohol Advisory Council*), en prévoyant l'éventualité qu'aucun test ou un autre test puissent être utilisés.

Les questions sociodémographiques et de consommation ont été calquées sur l'enquête Escapad menée en population générale [1], pour permettre des comparaisons à 17 ans. Les données ont fait l'objet d'un traitement statistique à l'aide du logiciel SPSS® version 10.0. Le test de signification utilisé pour les analyses univariées est le khi-deux de Pearson. Le taux de *drop out* (ou décrochage en cours de suivi) a été calculé en comparant les incitations à poursuivre l'évaluation après chaque séance et les consultations effectivement poursuivies. Les facteurs associés au décrochage, comme ceux associés à une réduction de l'usage à court terme, ont été étudiés à l'aide de régressions logistiques multivariées visant à produire des *odds ratios* ajustés sur des variables individuelles (âge, sexe, nature de la demande, rang de consultation, situation actuelle, origine de la démarche, fréquence et intensité d'usage du cannabis, motivations d'usage) ainsi que sur un facteur d'offre (type de professionnel rencontré).

Figure 1 Fréquence d'usage du cannabis et motivations d'usage, selon le sexe (n=2 591), Consultations jeunes consommateurs, France, 2005-2007
Figure 1 Frequency of cannabis use and use motivations by sex (n = 2,591) in the French cannabis clinics setting, France 2005-2007



La somme des pourcentages est supérieure à 100 car plusieurs réponses étaient possibles.

Résultats

Sur 274 CJC recensées en 2007, 82 % ont participé à l'enquête en retournant un questionnaire pour chaque consultant rencontré (12 CJC sur 226 n'ont reçu aucun patient), vs 16 % de non-participantes et 2 % de refus. L'échantillon effectif comprend 214 CJC, réparties dans 90 départements (métropole et Dom). Parmi les 3 231 questionnaires reçus, 4 % ont été écartés, soit parce qu'ils ne contenaient pas d'indication sur le sexe ou l'âge du consommateur, soit parce qu'ils comportaient moins de 10 réponses exploitables (sur un socle de 23 questions à remplir à minima), ce qui représente un total de 3 098 questionnaires valides. La population décrite représente 3 788 personnes, soit, hors entourage, 2 938 consommateurs (78 % du public un mois donné, dont 92 % d'usagers de cannabis).

Caractéristiques sociodémographiques

Comme en 2005, les usagers sont majoritairement des garçons (81 %). L'âge moyen des usagers est de 23,2 ans : 26 % ont plus de 25 ans, 57 % ont entre 18 et 25 ans et 17 % sont mineurs. Avant 20 ans, la plupart sont élèves ou étudiants, avec de fortes proportions d'apprentis par rapport à la population générale (41,3 % à 17 ans, vs 11,5 % [1]). Après 25 ans, les consultants sont en majorité des actifs occupés (55,3 % vs 35,6 % de chômeurs ou sans activité parmi les consultants âgés de 26 à 28 ans).

Profil d'usages

Deux consultants sur 5 (38 %) sont usagers quotidiens de cannabis, 19 % réguliers et 43 % occasionnels² (dont 17 % d'abstinents dans le dernier mois). L'usage quotidien est associé à l'âge (32 % avant 18 ans, 37 % à 18-25 ans, 46 % après 25 ans, $p < 0,001$), à l'intensité de la consommation (51 % des usagers quotidiens fument au moins cinq joints un jour typique de consommation, vs 21 % des réguliers, $p < 0,001$) et à la précocité de l'expérimentation : à 17 ans, l'âge moyen du premier joint est de 14 ans chez les usagers quotidiens, un an plus tôt que chez les occasionnels ($p < 0,001$). Fumer tous les jours est plus souvent associé à des motivations d'usage auto-thérapeutiques (« pour lutter contre l'angoisse, etc. »), à des usages de routine (« par habitude, avec un sentiment de dépendance ») et moins souvent à des usages festifs et hédoniques ($p < 0,001$) (figure 1). Les motifs d'usage déclarés se diversifient avec l'élévation de la fréquence d'usage.

La quasi-totalité des consultants usagers de cannabis sont fumeurs de tabac (tableau 1) et un sur 4 boit régulièrement de l'alcool (au moins

Tableau 1 Fréquences d'usage du cannabis, du tabac et de l'alcool par sexe, en % (n = 2 897), Consultations jeunes consommateurs, France, 2005-2007 / Table 1 Frequency of cannabis, tobacco and alcohol use by sex in % (n = 2,897) in the French cannabis clinics setting, France 2005-2007

	Garçons % (n=2 382)	Fillles % (n=556)	P	Total % (n=2 938)
Cannabis				
Usagers occasionnels	43,9	38,7	Ns	42,9
Usagers réguliers	18,8	18,1	Ns	18,7
Usagers quotidiens	37,3	43,2	Ns	38,4
Tabac				
Tabagisme quotidien	85,6	87,9	Ns	86,1
Dont : tabagisme intensif (plus de 10 cigarettes par jour)	43,2	49,7	Ns	44,5
Alcool				
Usagers réguliers (10 à 29 épisodes d'usage dans le mois passé)	13,6	16,1	***	14,1
Usagers quotidiens	8,8	9,3	***	8,9
Autres drogues illicites (usage déclaré au cours de la vie)				
Cocaïne	11,3	14,2	Ns	11,8
Ecstasy	10,1	15,4	Ns	11,1
Héroïne	4,8	8,0	*	5,4

* ** *** : test du chi-deux significatif au seuil 0,05, 0,01, 0,001. Ns : relation non significative.

10 fois dans le mois précédent). Le public accueilli se distingue par une surconsommation de drogues illicites au cours des 12 derniers mois : cocaïne (11,8 % vs 0,6 %), ecstasy (11,1 % vs 0,5 %), héroïne (5,4 % vs 0,1 %), en particulier chez les femmes et les plus de 25 ans [6].

Appréciation clinique de la dépendance : critères et outils

Parmi les usagers reçus, 36 % sont jugés « dépendants », 17 % en situation d'usage nocif ou d'abus, 25 % en situation d'usage à risque ; 22 % sont usagers simples. La part des consultants dont l'usage est diagnostiqué avec un test validé (en général le Cast ou l'Alac) est de 45 %. Cette part n'a guère progressé depuis 2005 [7].

Origine du recours et profils d'usagers

La moitié des consultants sont adressés par la justice (48 % vs 22 % de recours spontanés et 30 % d'orientations familiales, scolaires ou médico-sociales). Les modalités de recours demeurent différenciées selon le sexe et l'âge : les garçons sont majoritairement orientés par la

justice (54,8 % vs 20,8 %) ; les filles viennent plus souvent spontanément (34,7 % vs 18,9 %), adressées par la famille (15,5 % vs 13,4 %), par un professionnel de santé (11,9 % vs 6,0 %) ou l'Éducation nationale (7,5 % vs 3,3 %). Les jeunes majeurs sont largement adressés par la justice (56,3 % vs 35,1 % des mineurs et 39,9 % des plus de 25 ans). Les mineurs bénéficient d'orientations plus diversifiées : familiale (32,9 %), scolaire (10,2 %), médicale (6,8 %) ou autre (6,8 %), ou recours spontané (8,2 %).

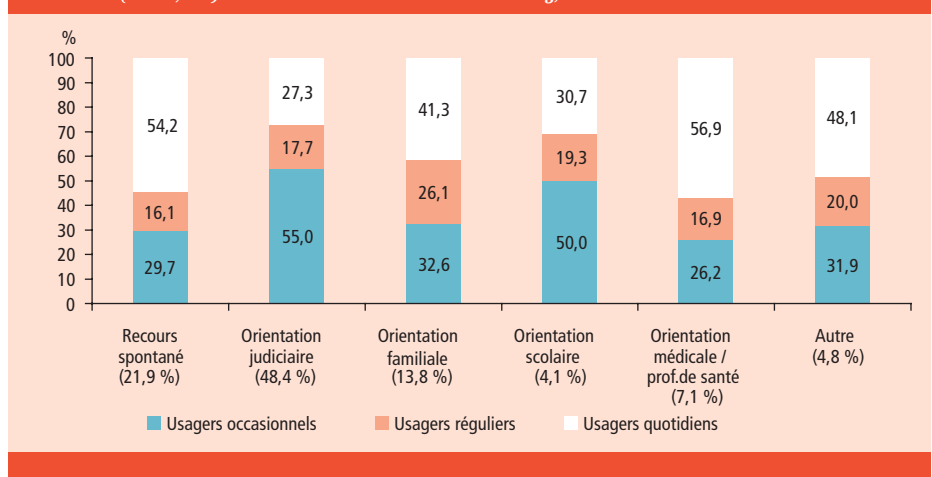
La fréquence d'usage du cannabis est fortement associée à l'origine du recours ($p = 0,001$) (figure 2).

Facteurs prédictifs du drop out

Comme en 2005, le taux de drop out avoisine 30 % et il décroît après la première visite (30 %, vs 16 % après la cinquième). L'édition 2005 analysait les facteurs prédictifs liés à l'offre (délai

² L'usage quotidien correspond à une consommation renouvelée chaque jour au cours du dernier mois. L'usage régulier correspond à 10 usages ou plus de produit au cours des 30 derniers jours. L'usage occasionnel correspond à une consommation au moins une fois dans l'année.

Figure 2 Fréquence d'usage de cannabis selon l'origine du recours au dispositif (n = 2 824), Consultations jeunes consommateurs, France 2005-2007 / Figure 2 Frequency of cannabis use according to the origins of referral (n = 2,824) in the French cannabis clinics setting, France 2005-2007



d'attente et type de professionnel rencontré [7], l'enquête 2007 a étudié le risque individuel de décrochage. L'analyse logistique (tableau 2) montre que le public en rupture de suivi est constitué plus souvent de garçons (OR=1,4), de consultants recherchant conseil ou information plutôt qu'une aide à l'arrêt ou à la réduction de l'usage (OR=1,5), qui n'expliquent pas leur consommation par le besoin de gérer un stress ou une angoisse. Le sur-risque de *drop out* culmine après la première visite. En revanche, l'âge, la situation actuelle, l'origine de la démarche, la fréquence d'usage du cannabis ou le diagnostic ne sont pas associés significativement au risque d'abandon [5].

Facteurs de réussite des tentatives de réduction de l'usage

Parmi les consultants revenus après une première visite (70 %), 50 % déclarent avoir réduit leur consommation de cannabis, 47 % l'ont stabilisée et 3 % l'ont augmentée. Les taux de réduction d'usage les plus élevés (dans une durée maximale de 15 semaines) se retrouvent chez les consultants adressés par un professionnel de santé, par l'Éducation nationale ou venus spontanément (près de 60 %). La « réussite » est influencée par le nombre de visites et la fréquence d'usage, les consommations occasionnelles étant associées à une plus grande probabilité de baisse (tableau 3) ; le succès d'une réduction à court terme dépend aussi du motif d'usage et de l'intégration socioprofessionnelle, le fait de fumer pour lutter contre l'angoisse ou d'être scolarisé (par rapport aux déscolarisés ou sans activité) étant associé à une sur-chance de réduire après la première séance. Les tentatives de réduction réussies sont également associées au sexe et à l'âge, les garçons et les plus de 25 ans étant plus enclins à baisser leur consommation.

Discussion - Conclusion

L'enquête permet de dresser un tableau contrasté du public et des trajectoires individuelles au sein du dispositif, à l'issue de trois ans d'activité. Son originalité est de présenter des données recueillies « au fil de l'eau », qui ne souffrent pas du biais de fiabilité des collectes rétrospectives. La représentativité des résultats est limitée par un biais de fréquentation dans l'échantillonnage. En interrogeant le public d'un dispositif fléché (« jeunes consommateurs »), on a plus de chances de « recruter » des usagers fréquents, porteurs d'une expérience récente du produit, sensibilisés aux questions juridiques, sanitaires ou sociales qu'induit l'usage déclaré de cannabis. On contribue donc à surreprésenter les usagers susceptibles d'accéder le plus facilement aux

Tableau 2 Modélisation logistique du profil des consultants qui décrochent (n = 2 084), odds ratios ajustés et seuils de significativité, Consultations jeunes consommateurs, France 2005-2007 / Table 2 Logistic modeling of the setting drop-out (n = 2,084), adjusted odds ratios and significance thresholds, in the French cannabis clinics setting, France 2005-2007

	OR	Sig.	[IC 95 %]
Sexe			
Garçon	- 1 -		
Fille	0,74	0,04	[0,55-0,98]
Âge			
Mineurs (12-17 ans)	- 1 -		
Jeunes majeurs (18-25 ans)	1,17	0,32	[0,86-1,60]
Plus de 25 ans	1,28	0,23	[0,86-1,91]
Nature de la demande			
Information / conseil personnalisé	- 1 -		
Aide à l'arrêt	0,66	0,01	[0,49-0,89]
Aide à la réduction	0,62	0,01	[0,43-0,90]
Sevrage immédiat	0,17	0,00	[0,06-0,48]
Autre	0,74	0,09	[0,52-1,04]
Parcours de consultation			
Après la 1 ^{re} séance (primo-consultants)	- 1 -		
Après la 2 ^e séance	0,66	0,01	[0,47-0,91]
Après la 3 ^e séance	1,07	0,69	[0,76-1,52]
Après la 4 ^e séance	0,64	0,08	[0,39-1,06]
Après la 5 ^e séance	0,46	0,03	[0,23-0,93]
Après la 6 ^e séance ou les suivantes	0,65	0,01	[0,47-0,91]
Situation actuelle			
Déscolarisé et sans emploi	- 1 -	0,14	
Scolarisé	1,33	0,06	[0,99-1,79]
Employé	1,20	0,18	[0,92-1,58]
Origine de la démarche			
Spontanée	- 1 -		
Adressé par la justice	1,21	0,20	[0,90-1,63]
Adressé par la famille	1,08	0,69	[0,74-1,59]
Adressé par l'Éducation nationale	0,92	0,79	[0,49-1,72]
Adressé par un médecin/professionnel de santé	1,03	0,91	[0,66-1,60]
Autre	1,29	0,35	[0,76-2,17]
Fréquence d'usage du cannabis			
Usagers occasionnels	- 1 -		
Usagers réguliers	1,32	0,07	[0,98-1,78]
Usagers quotidiens	1,16	0,30	[0,88-1,52]
Professionnel rencontré			
Éducateur	0,54	0,01	[0,34-0,86]
Infirmier	0,61	0,05	[0,37-1,00]
Médecin	0,98	0,93	[0,61-1,57]
Psychologue	0,45	0,00	[0,29-0,72]
Autre	0,56	0,04	[0,33-0,96]
Motif d'usage du cannabis			
Pour lutter contre l'angoisse et le stress	1,30	0,02	[1,03-1,64]
Pour rechercher du plaisir, pour la convivialité, le partage	0,86	0,18	[0,68-1,07]
Par habitude, avec un sentiment de dépendance	1,15	0,27	[0,90-1,46]
Chi ²	89,29	0,00	

Les odds ratio significativement différents de 1 selon le test du Chi-2 de Wald respectivement au seuil de 0,05 sont indiqués en caractères gras.

soins et ceux dont la durée d'exposition au « risque » de développer un usage nocif ou une dépendance est réduite. Comme en 2005, l'observation statistique se heurte à la qualité inégale de remplissage des questionnaires. En n'exploitant que les champs dûment complétés, on produit des biais de représentativité dans les tris croisés multivariés, auxquels s'ajoutent les effets d'attrition (répondants perdus de vue au cours de l'enquête). Par ailleurs, le recours à des données déclaratives mixtes (concernant le patient mais aussi l'évaluation de son usage par le professionnel) est exposé au risque d'une dissimulation, *a fortiori* s'agissant de produits illicites. Enfin, le questionnaire ayant été rempli par les professionnels, le point de vue des usagers sur le dispositif n'a pu être étudié.

L'enquête confirme ainsi l'hétérogénéité d'un public dont la moitié consulte dans un cadre contraint. Les CJC fonctionnent en partie comme un relais des services judiciaires, en prenant en charge les usagers adressés par la filière pénale dans le cadre d'une alternative aux poursuites à composante sanitaire (classement avec orientation sanitaire, injonction thérapeutique, etc.) [7]. C'est dans cette population sous main de justice, à 92 % des hommes et aux 2/3 des 18-25 ans, que les usages occasionnels et hédonistes sont le plus répandus et les usagers « dépendants » le moins représentés. Sur cet aspect, l'enquête apporte des éléments circonstanciés à la réflexion sur l'adhésion thérapeutique, définie comme un processus actif durant lequel le patient œuvre à maintenir sa santé en collaboration avec les professionnels, au sein d'une structure de préven-

Tableau 3 Modélisation logistique du profil des consultants ayant réduit leur consommation de cannabis entre deux séances (n = 2 938), odds ratios ajustés et seuils de significativité, Consultations jeunes consommateurs, France 2005-2007 / *Table 3* Logistic modeling of the profiles of the outpatients reducing their cannabis consumption between two sessions (n = 2,938), adjusted odds ratios and significance thresholds, in the French cannabis clinics setting, France 2005-2007

Variables	OR	Sig.	[IC 95 %]
Sexe			
Garçon	-1-		
Fille	0,62	0,00	[0,45-0,78]
Âge			
12-17 ans	-1-		
18-25 ans	1,34	0,09	[0,95-1,89]
Plus de 25 ans	1,56	0,05	[1,00-2,43]
Produit(s) à l'origine du recours en CJC			
Cannabis seul	-1-		
Cannabis associé à un ou plusieurs produits	0,99	0,94	[0,71-1,37]
Parcours de consultation			
Vient pour la 1 ^{re} fois (primo-consultant)	-1-		
Vient pour la 2 ^e fois	1,51	0,02	[1,08-2,11]
Vient pour la 3 ^e fois	1,49	0,06	[0,98-2,26]
Vient pour la 4 ^e fois	0,61	0,06	[0,37-1,03]
Vient pour la 5 ^e fois	1,27	0,42	[0,71-2,29]
Vient pour la 6 ^e fois ou plus	0,51	0,00	[0,36-0,71]
Situation actuelle			
Déscolarisé ou sans emploi	-1-		
Scolarisé	1,67	0,00	[1,20-2,31]
Actif employé	1,43	0,02	[1,07-1,93]
Origine de la démarche			
Démarche spontanée	-1-		
Envoyé par la justice	0,98	0,91	[0,66-0,13]
Autre démarche	0,90	0,51	[0,73-1,42]
Fréquence d'usage du cannabis			
Usage occasionnel	-1-		
Usage fréquent	0,85	0,35	[0,61-1,29]
Usage quotidien	0,59	0,00	[0,73-1,42]
Nombre de joints fumés en une occasion typique	1,03	0,08	[1,00-1,06]
Motif d'usage du cannabis			
Fume contre l'angoisse, le stress	1,36	0,02	[1,05-1,78]
Fume pour le plaisir	0,98	0,89	[0,76-1,27]
Fume par habitude, dépendance	1,05	0,72	[0,81-1,37]
Chi ²	75,66	0,00	

Les *odds ratio* significativement différents de 1 selon le test du Chi-2 de Wald respectivement au seuil de 0,05 sont indiqués en caractères gras. Toutes choses égales par ailleurs (c'est-à-dire en contrôlant l'effet des autres variables du modèle : sexe, âge, produit à l'origine du recours aux consultations cannabis, parcours de consultation, situation scolaire et professionnelle, etc.), les consultants qui parviennent à diminuer leur consommation de cannabis ont 1,56 fois plus de chances d'être âgés de plus de 25 ans que d'être des mineurs (valeur de référence égale à 1).

tion et de soins [8]. L'un des résultats les plus significatifs montre que le risque de décrochage, plus élevé dans certaines sous-populations (garçons, demandeurs d'information plutôt que d'aide, usagers recherchant détente et apaisement), culmine au début du suivi. Si la définition du décrochage peut être critiquable - le taux de *drop out* s'élevant logiquement avec la durée du suivi, la probabilité de revenir après une

quatrième visite étant supérieure à celle qui suit un premier contact, elle permet de circonvier le phénomène de la rupture de suivi. Ce décrochage en cours de suivi mériterait cependant d'être mis en lien avec le décrochage social qui lui est associé.

L'analyse montre aussi que le public qui parvient à réduire sa consommation de cannabis à court terme est plus masculin, plus âgé, plus inséré et

plus souvent en situation d'usage occasionnel que quotidien. Si le cadre de l'enquête ne permet pas de vérifier la pérennité de cette auto-limitation, il démontre que le nombre de séances influence favorablement les chances de diminuer la consommation jusqu'à la quatrième. Au-delà, la probabilité d'une auto-modération s'infléchit, ce qui traduit sans doute un changement de nature de la problématique à ce stade du suivi (de l'enjeu d'une réduction à celui d'un sevrage). C'est cet aspect qu'une recherche plus approfondie pourrait contribuer à documenter, en testant l'hypothèse selon laquelle certains usagers délaisseraient le cannabis au profit d'autres substances (effet de *switch*).

Remerciements

À tous les professionnels des CJC qui ont répondu à l'enquête. À Stéphane Legleye et Eric Janssen (OFDT) et à Anne-France Taiclet (CRPS, UMR - CNRS 8057, Université Paris I Panthéon-Sorbonne).

Références

- [1] Legleye S, Spilka S, Le Nezet O, Lafiteau C. Les drogues à 17 ans : état des lieux 2008, évolutions depuis 2000. Escapad 2008. Tendances. OFDT. 2009; 66.
- [2] Circulaire n°DGS/DHOS/DGAS/2004/464 du 23 septembre 2004 relative à la mise en place de consultations destinées aux jeunes consommateurs de cannabis et autres substances psycho-actives et leur famille (NOR:SANP0430495C).
- [3] Circulaire n°DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des Csapa (Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie) et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie (NOR:SJSP0830130C).
- [4] Obradovic I. Consultations cannabis. Enquête sur les personnes accueillies en 2005. Saint-Denis : OFDT, 2006.
- [5] Obradovic I. Évaluation du dispositif des « consultations jeunes consommateurs » (2004-2007). Publics, filières de recrutement, modalités de prise en charge. Saint-Denis : OFDT, 2009.
- [6] Beck F, Guilbert P, Gautier A. Baromètre santé 2005 : Attitudes et comportements de santé. Saint-Denis : Inpes, 2007.
- [7] Obradovic I. Les usagers des consultations cannabis, France, 2005. Bull Epidemiol Hebd. 2007; 33:293-6.
- [8] Sabate E. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Genève: World Health Organisation, 2003.

Prochaine parution du BEH le 25 août

La publication d'un article dans le BEH n'empêche pas sa publication ailleurs. Les articles sont publiés sous la seule responsabilité de leur(s) auteur(s) et peuvent être reproduits sans copyright avec citation exacte de la source.

Retrouvez ce numéro ainsi que les archives du Bulletin épidémiologique hebdomadaire sur <http://www.invs.sante.fr/BEH>

Directrice de la publication : Dr Françoise Weber, directrice générale de l'InVS

Rédactrice en chef : Judith Benrekassa, InVS, redactionBEH@invs.sante.fr

Rédactrice en chef adjointe : Valérie Henry, InVS, redactionBEH@invs.sante.fr

Secrétaires de rédaction : Jacqueline Fertun, Farida Mihoub

Comité de rédaction : Dr Sabine Abitbol, médecin généraliste ; Dr Thierry Ancelle, Faculté de médecine

Paris V ; Dr Pierre-Yves Bello, InVS ; Catherine Buisson, InVS ; Dr Christine Chan-Chee, InVS

Dr Sandrine Danet, Drees ; Dr Anne Gallay, InVS ; Dr Isabelle Gremy, ORS Ile-de-France

Dr Rachel Haus-Cheymol, Service de santé des Armées ; Dr Christine Jestin, Inpes ; Eric Jouglu, Inserm CépIdC

Dr Nathalie Jourdan-Da Silva, InVS ; Dr Bruno Morel, InVS ; Dr Sandra Sinno-Tellier, InVS ; Hélène Therre, InVS.

N° CPP : 0206 B 02015 - N° INPI : 00 300 1836 - ISSN 0245-7466

Diffusion / Abonnements : Alternatives Économiques

12, rue du Cap Vert - 21800 Quétigny

Tél. : 03 80 48 95 36

Fax : 03 80 48 10 34

Courriel : ddorey@alternatives-economiques.fr

Tarif 2009 : France et international 62 € TTC

Institut de veille sanitaire - Site Internet : www.invs.sante.fr

Imprimerie : Maulde et Renou Sambre - Maubeuge

146, rue de la Liberté - 59600 Maubeuge