

Dr Olivier Cottencin\*, Dr Laure Spinosi\*\*, Dr François Fourny\*\*\*, Dr Jacques Yguel\*\*\*\*, Dr Laurent Karila\*\*\*\*\*,  
GRAA du Nord-Pas-de-Calais\*\*\*\*\*

\* Service d'addictologie, CHRU, 57, boulevard de Metz, F-59037 Lille. Courriel : ocottencin@chru-lille.fr

\*\* CH de Tourcoing, \*\*\* CH de Somain, \*\*\*\* CH d'Avesne-sur-Helpe, \*\*\*\*\* CHU Paul Brousse, Villejuif, \*\*\*\*\* Groupement régional d'alcoologie et d'addictologie du Nord-Pas-de-Calais, France

Reçu décembre 2008, accepté avril 2009

# Consommation de cannabis en alcoologie

## Enquête auprès des soignants dans des structures du Nord-Pas-de-Calais

### Résumé

La consommation de cannabis a considérablement augmenté ces deux dernières décennies. Cette augmentation en population générale a retenti sur les populations reçues dans les services d'alcoologie; un phénomène qui pose un certain nombre de problèmes tant aux patients qu'aux équipes. Objectif : avec le concours du Groupement régional d'alcoologie et d'addictologie du Nord-Pas-de-Calais, nous avons réalisé une enquête auprès des soignants des structures de soins et d'accueil en alcoologie pour comprendre les retentissements de la coaddiction alcool-cannabis. Méthode : nous avons conçu un questionnaire dans lequel nous demandions aux soignants s'il existait : un abord systématique de cette consommation et par quel personnel il était réalisé; un questionnaire spécifique aux coaddictions; un règlement intérieur, et si oui ses modalités d'application; une information systématique des patients sur le cannabis et ses conséquences; des propositions thérapeutiques en cas de consommation associée, et si oui lesquelles; le ressenti des équipes. Résultats : pour 72,2 % du personnel interrogé, la consommation de cannabis est abordée dès la préadmission, et cet abord est aisé dans le service. La grande majorité déclare qu'il existe des questionnaires sur les coaddictions, des protocoles, mais peu d'approche thérapeutique systématisée. Et si les soignants se sentent à l'aise dans la prise en charge des coaddictions, ils sont nombreux à demander des formations complémentaires. Conclusion : bien que chaque prise en charge doit répondre à l'individualité du sujet, nous constatons dans les résultats de notre enquête une absence d'homogénéité des protocoles dans leur définition ou leur application. Les difficultés de prise en charge des coaddictions alcool-cannabis semblent liées au caractère illicite du second produit, à l'absence de dépendance chez certains patients, et

### Summary

**Cannabis use in alcohol rehabilitation patients: survey of health care personnel in Nord-Pas-de-Calais alcohol rehabilitation units (France)**

Cannabis use has increased considerably over the last two decades. This increased use in the general population has had an impact on the populations attending alcohol rehabilitation units, which raises a number of problems both for patients and medical teams. Objective: with the help of the *Groupement régional d'alcoologie et d'addictologie* du Nord-Pas-de-Calais (Nord-Pas-de-Calais regional alcohol rehabilitation and addiction medicine group, France), the authors conducted a survey among alcohol rehabilitation unit health care personnel to determine the impact of alcohol-cannabis coaddiction. Method: a health care personnel questionnaire was elaborated to assess: systematic discussion of cannabis use and by which personnel; use of a specific coaddiction questionnaire; the existence of in-house rules, and the modalities of application; systematic information of patients about cannabis and its consequences; treatment proposals in the case of associated cannabis use; the team's perception of cannabis use. Results: for 72.2 % of the health care personnel interviewed, cannabis use was easily discussed at the time of pre-admission to the unit. The great majority of personnel reported the existence of coaddiction questionnaires and protocols, but few systematized therapeutic approaches. Although health care personnel feel comfortable about managing coaddictions, many request further training. Conclusion: although each management plan must correspond to the specificities of each subject, the results of this survey indicate an absence of homogeneous definition or application of treatment protocols. Difficulties of management of alcohol-cannabis coaddictions appear to be related to the illicit nature

donc de motivation à l'arrêt. Toutefois, nos résultats sont rassurants car la prise de conscience des soignants est importante, ce qui semble se confirmer par le nombre de soignants demandeurs de formations complémentaires.

## Mots-clés

Alcoolodépendance – Coaddiction – Cannabis – Polyconsommation – Soignant.

---

**A**u cours de ces deux dernières décennies, la consommation de cannabis a considérablement augmenté et on estime que 31 % des adultes âgés de 16 à 64 ans l'ont expérimenté au moins une fois avec une consommation particulièrement élevée à la fin de l'adolescence (1). Si cette consommation reste occasionnelle pour la majorité des adolescents de moins de 18 ans, il faut toutefois noter que 16 % d'entre eux ont une consommation régulière (dix joints et plus par mois) (1). En population générale, le cannabis est expérimenté en moyenne autour de 16 ans pour des motifs très variés : recherche de détente ou de bien-être (30 %), curiosité (30 %), désir festif (12 %), convivialité (10 %), plaisir, complicité avec les pairs, conformité... La consommation de cannabis est fortement associée à celle du tabac et de l'alcool et, en 2005, la polyconsommation régulière d'alcool, de tabac ou de cannabis concernait 8,3 % de la population (2).

Cette importante consommation de cannabis en population générale s'est naturellement répercutée chez les patients alcoolodépendants. Et si Kedia et al. retrouvent une grande fréquence des polyconsommations parmi les patients hospitalisés en addictologie (48,7 à 56 % de polyconsommations concernant majoritairement l'alcool et le cannabis) (3), les études françaises en service d'alcoologie restent contradictoires. Favre (4) ne retrouvait qu'un consommateur de cannabis sur 20 patients nouvellement admis en CCAA, Menecier et al. (5) rapportaient 7 % de consommateurs réguliers, mais la toute récente étude de Perney et al. confirme l'augmentation des consommations de cannabis en alcoologie en retrouvant 3 % de consommateurs en 2001 contre 15 % en 2007 (6).

## Objectif de l'enquête

---

La coaddiction alcool-cannabis de plus en plus retrouvée dans les services d'alcoologie n'est pas sans poser un certain nombre de problèmes tant aux patients qu'aux équipes. C'est ainsi qu'à l'heure de la création des Centre de

of cannabis and the absence of dependence in some patients, resulting in an absence of motivation for cessation. However, these results are reassuring in terms of the high level of awareness of health care personnel, which appears to be confirmed by the number of personnel requesting further training.

## Key words

Alcohol dependence – Coaddiction – Cannabis – Multiple substance abuse – Health care personnel.

---

soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), à l'heure d'une vision plus globale de l'addictologie, devant les difficultés de prise en charge en institution, et face à une demande croissante de formation institutionnelle, nous avons lancé avec le Groupement régional d'alcoologie et d'addictologie (GRAA) du Nord-Pas-de-Calais une enquête auprès des soignants et encadrants des structures de soins hospitaliers et d'hébergement médico-sociales en alcoologie, afin de mieux comprendre les retentissements de ce phénomène. Nous nous sommes posé la question de savoir en quoi ces nouvelles habitudes de consommation pouvaient avoir un impact sur les pratiques et sur le vécu des soignants afin de connaître les évolutions à prévoir en termes d'accompagnement ou de prise en charge. Enfin, nous avons voulu connaître l'état d'esprit des soignants d'alcoologie devant l'évolution du dispositif de soins vers une approche moins centrée sur les produits.

## Matériel et méthode

---

Le GRAA regroupe l'ensemble du dispositif alcoologique du Nord-Pas-de-Calais. Toutes les structures ont été informées de l'enquête : 27 ont reçu par courrier des questionnaires qui devaient être remplis en une semaine (avril 2007, semaine 15) ; 21 structures (77 %) ont répondu, six foyers d'hébergement Visa et 15 services hospitaliers d'alcoologie, dont trois centres de postcure et deux cliniques privées.

Nous avons conçu un questionnaire dans lequel nous explorions plusieurs thèmes concernant la consommation de cannabis chez les patients pris en charge dans l'institution et nous demandions aux soignants s'il existait :

- un abord systématique de cette consommation et par quel personnel il était réalisé ;
- un questionnaire spécifique aux coaddictions ;
- un règlement intérieur, et si oui quelles étaient ses modalités d'application ;

- une information systématique des patients sur le cannabis et ses conséquences ;

- des propositions thérapeutiques en cas de consommation associée, et si oui lesquelles.

Enfin, nous avons demandé aux équipes leur ressenti (ainsi que celui des patients) vis-à-vis d'une consommation repérée dans le cadre du séjour, et quelles étaient les actions menées en conséquence.

## Résultats

180 personnels ont répondu (30 exerçant en foyer et 150 en milieu hospitalier) : infirmiers (45,6 %), aides-soignants (23,3 %), éducateurs (13,3 %), médecins (6,7 %), psychologues (3,3 %), autres personnels (secrétaires, assistantes sociales, psychomotriciens, ergothérapeutes : 7,8 %).

### Abord de la consommation de cannabis

La consommation de cannabis est évoquée dès la préadmission selon 72,2 % des personnels interrogés et au cours de l'hébergement selon 87,2 %. 78,9 % estiment qu'il est aisé d'en parler avec les patients au cours du séjour. La majorité confirme qu'il existe bien un questionnaire pour les coaddictions courantes (tabac, médicaments psychotropes, cannabis, autres drogues illicites), mais que les addictions sans produit (troubles du comportement alimentaire, jeux...) ne sont pratiquement pas recherchées (tableau I). Ceux qui abordent la consommation de cannabis avec le patient sont pour la très grande majorité des soignants : le médecin (88,8 %), l'infirmier, l'aide-soignant ou l'éducateur (83,3 %) et, dans une moindre mesure, le psychologue (51,1 %).

**Tableau I** : Abord des coaddictions par les personnels soignants au cours de la prise en charge dans le dispositif alcoologique

| Addiction                            | Pourcentage |
|--------------------------------------|-------------|
| Tabac                                | 67,8 %      |
| Médicaments psychotropes             | 62,2 %      |
| Cannabis                             | 59,4 %      |
| Autres drogues illicites             | 59,4 %      |
| Troubles du comportement alimentaire | 32,2 %      |
| Jeux                                 | 15,6 %      |

### Règlement relatif à la consommation

Quant à l'existence d'un règlement, d'une simple règle ou d'un protocole vis-à-vis de la consommation de cannabis, la majorité des personnels interrogés ont répondu qu'il

existait des règles spécifiques en cas de consommation de cannabis (81,7 %), mais seulement 63,9 % d'entre eux ont affirmé qu'elle était appliquée, et 65 % ont déclaré qu'il n'y avait pas de recherche systématique de toxiques à l'admission dans le service. Dans le cas où un règlement existait, de nouvelles modalités de prise en charge ou une simple mise en application du règlement étaient proposées. Elles sont résumées dans le tableau II.

**Tableau II** : Soins proposés et/ou règles appliquées lors d'une découverte de consommation de cannabis au cours d'un séjour dans le dispositif alcoologique

| Soin ou règle                             | Pourcentage |
|---|-------------|
| Proposition d'un sevrage durant le séjour | 61,7 %      |
| Proposition d'une orientation spécialisée | 53,9 %      |
| Exclusion du service et suivi ambulatoire | 43,3 %      |
| Exclusion et entrée reprogrammée          | 40,6 %      |
| Aucune exclusion, simple rappel à la loi  | 40,6 %      |
| Fouille organisée en cas de suspicion     | 36,7 %      |

### Information relative à la consommation de cannabis

À la question de savoir si des informations collectives relatives à la consommation de cannabis sont proposées, les réponses des soignants montrent qu'il y a peu de séances d'information spécifique au cannabis, mais qu'il s'agit majoritairement d'un éclairage restreint au moyen de brochures ou au cours d'une séance relative à une autre information (tableau III). Toutefois, à titre individuel, un entretien spécifique relatif à la consommation de cannabis est proposé dans la grande majorité des cas avec un médecin (74,4 %), un infirmier, un aide-soignant ou un éducateur (51,7 %), ou un psychologue (41,1 %). Mais les soignants rapportent peu d'évaluation de cette problématique pendant le séjour (46,7 %) et encore moins après le séjour (13,9 %).

**Tableau III** : Modalités d'information sur la consommation cannabis données aux personnes prises en charge dans le dispositif alcoologique

| Modalité   | Pourcentage |
|--|-------------|
| Mise à disposition de documents                                | 55,0 %      |
| Informations données au cours d'une communication sur l'alcool | 51,1 %      |
| Informations données au cours d'une communication sur le tabac | 43,9 %      |
| Informations spécifiques sur le cannabis                       | 33,9 %      |

### Ressenti des soignants

La présence d'un consommateur de cannabis parmi les patients hébergés est systématiquement évoquée en réunion d'équipe selon 93,3 % des soignants. Concernant leur

ressenti, seulement un quart d'entre eux rapportent un sentiment de malaise. Pourtant, le souhait d'une formation spécifique est exprimé par 82,2 % d'entre eux, sachant que 63,9 % déclarent n'avoir reçu aucune formation spécifique sur le cannabis. Et concernant ce ressenti, nous avons recueilli leur sentiment sur ce qu'ils pensent des réactions des autres patients. D'après eux, ces réactions vis-à-vis des consommateurs de cannabis seraient majoritairement de l'indifférence (70,1 %), puis de l'intolérance voire du rejet (46,2 %) et finalement de la protection (32,1 %).

## Discussion

Tout d'abord, nous devons souligner ici le très bon taux de réponse des structures interrogées, puisque 77,7 % ont répondu à notre questionnaire. Un argument qui pourrait être en faveur d'une assez bonne représentativité de nos résultats sur l'ensemble des structures de notre région, même si nous n'avons pas d'information sur la représentativité exacte du personnel à l'intérieur de chaque structure. En effet, les personnels ciblés au sein de chaque institution l'ont été en fonction des décisions du corps médical impliqué dans l'étude et l'on pourrait s'étonner du faible taux de réponse de certaines professions. C'est l'occasion de préciser que ceci est en lien avec une carence chronique en personnel dans les structures du Nord-Pas-de-Calais, qui ne bénéficient bien souvent que d'un ou deux médecins, de quelques infirmières et de très peu de psychologues.

La coaddiction alcool-cannabis ne semble pas niée ou ignorée des personnels, puisqu'elle est abordée à un moment où à un autre du séjour, par l'ensemble des personnels et de diverses manières (collective ou individuelle). Toutefois, il est notable que 27,7 % d'entre eux déclarent qu'elle n'est pas abordée systématiquement à l'entrée (ou qu'ils n'en ont pas connaissance) et, pour 12,7 %, qu'elle n'est pas abordée de tout le séjour (ou qu'ils n'en ont pas connaissance également). Au regard de l'augmentation considérable de la consommation de cannabis en population générale (occasionnelle ou non), on est en droit de s'étonner que l'abord des coaddictions ne soit pas encore systématiquement effectué dès l'entrée (ne serait-ce que du point de vue de l'anamnèse médicale indispensable à toute démarche de soins).

Par ailleurs, si le problème de la consommation de cannabis semble très souvent évoqué, nous constatons que les équipes ne se donnent pas toujours les moyens de le dépister (seulement 28 % d'entre elles déclarent l'existence d'un

dépistage systématique dans leur unité). Il est vrai qu'en cette période d'économie de soins, le dépistage systématique d'une substance consommée (le plus souvent occasionnellement) pose la question de sa justification et qu'il est de notre devoir de réfléchir à l'intérêt de chaque examen. Cependant, la notion du "dépistage" (qu'il soit urinaire ou sanguin ou par toute autre méthode) n'a d'intérêt que si la problématique est évoquée avec le patient. En effet, même si nous recommandons ce dépistage à titre systématique, il est difficile d'utiliser le dépistage à visée thérapeutique s'il n'y a pas de réponse thérapeutique (ou réglementaire) à ce dépistage. Toutefois, notre expérience de la psychopathologie des patients dépendants (souvent enclins à tester le cadre) doit nous inciter à développer des outils quantitatifs pour instaurer ou renforcer l'alliance thérapeutique et, par conséquent, le contrat de soins engagé avec le patient. En d'autres termes, pour que le cadre du soin soit respecté, il lui faut être cohérent. Trop de résultats biologiques sont encore aléatoires et confortent les patients dans le déni, face à des soignants attendant l'aveu. Un résultat biologique "incontestable" est une base de travail indispensable car elle libère le patient de la tentation de tester la faille et évite au soignant de possibles contre-attitudes (ces attitudes négatives à l'égard des patients qui ne prennent pas de sens thérapeutique).

Dans le même esprit, s'il existait un règlement relatif à la consommation de cannabis déclaré par 81,7 % des soignants, on peut s'étonner que seulement 63,9 % des soignants signalent qu'il était appliqué. Hormis le fait qu'il est possible que ces déclarations soient liées à des cas particuliers vécus douloureusement par les soignants (dérogation au règlement en raison de la situation clinique), on peut imaginer que la rareté de recherche systématique de toxiques à l'entrée (28,9 % seulement déclarent son existence) soit le reflet des difficultés rencontrées avec cette coaddiction dans le monde très protocolisé de l'alcoologie. Ne pas doser un toxique autant consommé, en dehors du fait que cela peut être lié à la banalisation, au déni, à un manque de formation, à un manque d'expérience, ou à un contexte institutionnel défavorable, montre également notre incapacité à avoir un outil de mesure valide et contribue au malaise engendré par cette coaddiction. En d'autres termes, incapables de mesurer un toxique illicite, ne sommes-nous pas complices (complice) de sa banalisation ?

Une autre hypothèse est qu'il est encore habituel d'entendre (soignants ou patients) qu'il n'est pas facile (pas possible) d'arrêter plusieurs toxiques en même temps, alors qu'il est reconnu aujourd'hui qu'une coaddiction est un facteur de rechute (7). Car, la consommation de cannabis

en population clinique d'alcoologie pose problème pour un quart des soignants interrogés. Un résultat qui est à mettre en lien avec les carences constatées dans l'information collective et le dépistage des coaddictions des résidents. Indifférence, déni, ignorance, peur sont autant d'éléments potentiellement à l'origine de l'absence de motivation des soignants à s'intéresser au changement de la population d'alcoologie. Nous formulons l'hypothèse que se trouvant en difficulté à titre personnel, il leur est difficile d'appréhender l'évolution des concepts de l'addictologie, préférant rester dans l'habituelle approche par produit. Ainsi, lors des formations réclamées par plus de 80 % des soignants sur le cannabis, il nous apparaît indispensable que soit abordées en premier lieu ces réticences, insistant en particulier sur la représentation sociale des consommateurs de cannabis et des polyconsommateurs de toxiques. Les formateurs ne pourront pas faire l'économie du contre-transfert (source de contre-attitudes), des phénomènes de déni, de rejet, etc. Tous ces facteurs (protecteurs en première approche) ont montré leur insidieuse nuisance, source d'incompréhension des patients et d'épuisement des équipes. De même, l'apprentissage par les cadres d'une gestion rigoureuse et justifiée des règlements intérieurs sera un point nodal source de cohérence dans les prises en charge.

Quoi qu'il en soit, la question reste ouverte de savoir si l'on doit proposer un sevrage cannabique dans le même temps qu'un sevrage alcool sans avoir travaillé la motivation personnelle (et la motivation du personnel), quand on sait l'importance de celle-ci dans la démarche de chaque patient. Car aujourd'hui, quel que soit le produit consommé, nous pensons que l'entrée dans le système de soins addictologiques doit comprendre, en plus de l'évaluation de la dépendance princeps, une recherche des comorbidités psychiatriques et somatiques, une évaluation cognitive (fonctions exécutives en particulier), la recherche d'une coaddiction (abus ou dépendance au tabac, cannabis, médicaments...) afin de définir la stratégie de soins la plus appropriée.

## Conclusion

Bien que chaque prise en charge doive répondre à l'individualité du sujet, nous constatons dans les résultats de cette enquête une absence d'homogénéité quant à l'existence de protocoles clairement définis ou respectés. La question reste toutefois ouverte sur le traitement des coaddictions. Pour autant, il est difficile de répondre à cette question. En effet, à ce jour, si nous pouvons répondre d'un point de vue médical qu'il est indispensable de pro-

poser des soins à des patients dépendants du cannabis, qu'en est-il des consommateurs occasionnels qui ne sont pas dépendants et non demandeurs ?

Malgré la bonne connaissance déclarée de la problématique du cannabis, nous voyons bien que l'unification des soins des patients souffrant de comportements addictifs multiples réclame des formations complémentaires, ainsi que le demande la majorité des soignants. Mais ces formations auront un certain nombre de prérequis à respecter si elles veulent avoir un impact de qualité. ■

**Remerciements.** – Les auteurs remercient les membres du groupe de recherche alcool-tabac-cannabis du GRAA du Nord-Pas-de-Calais pour leur participation à cette enquête : Thierry Danel, Joël Fischer, Louiza Ghoul, Pascale Lancel, Dominique Laty, Lucie Malysa, Catherine Nedellec, Jean-Marc Prévot et Laurent Wipich.

**Conflits d'intérêts.** – Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

O. Cottencin, L. Spinosi, F. Fourny et al.  
**Consommation de cannabis en alcoologie. Enquête auprès des soignants dans des structures du Nord-Pas-de-Calais**  
*Alcoologie et Addictologie* 2009 ; 31 (3) : 251-255

## Références bibliographiques

- 1 - OFDT. National report to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point (France), 2007. Saint-Denis la Plaine : OFDT, 2007.
- 2 - Costes JM, Beck F, Legleye S et al. Épidémiologie des usages de cannabis. *La Revue du Praticien* 2005 ; 55 : 17-22.
- 3 - Kedia S, Sell MA, Relyea G. Mono- versus polydrug abuse patterns among publicly funded clients. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2007 ; 2 : 33.
- 4 - Favre JD. Alcool et conduites polyaddictives. *Gastroenterologie clinique et biologique* 2002 ; 26 : B174-B183
- 5 - Menezier P, Auberger R, Ossia L. Consommation de tabac et autres psychotropes parmi une population admise à l'hôpital pour sevrage alcoolique. *Alcoologie et Addictologie* 2000 ; 22 : 131-136.
- 6 - Perney P, Pelletier S, Bedouet M et al. Évolution de la polyconsommation de substances psychoactives chez des malades hospitalisés pour sevrage alcoolique dans un service d'addictologie entre 2001 et 2007. *Rev Méd Interne* 2008 ; 29 (Suppl. 1) : S64.
- 7 - Chung T, Martin CS, Clark DB. Concurrent change in alcohol and drug problems among treated adolescents over three years. *J Stud Alcohol Drugs* 2008 ; 69 : 420-429.