

Mme Géraldine Dorard\*, Pr Catherine Bungener\*\*, Mme Sylvie Berthoz\*\*\*

\* Psychologue, Docteur en psychologie, Laboratoire Evaclipsy (EA4430), UFR SPSE, Université Paris Ouest Nanterre la Défense, 200, avenue de la République, F-92001 Nanterre Cedex. Tél. : 01 56 61 69 11 – Courriel : geraldinedorard@yahoo.fr

\*\* Psychologue, Professeur de psychopathologie, Laboratoire de psychopathologie et processus de santé, Université Paris Descartes – Institut Henri Piéron, Boulogne Billancourt, France

\*\*\* Psychologue, Docteur en neurosciences, Inserm U669 Psigiam, Universités Paris Descartes et Paris Sud, Cochin – Maison des Adolescents, Paris. Département de psychiatrie de l'adolescent et du jeune adulte, Institut Mutualiste Montsouris, Paris, France  
Reçu décembre 2011, accepté juillet 2012

# Usage de substances chez l'adolescent suivi en addictologie

## Comparaison avec des adolescents de la population générale

### Résumé

Contexte : cette étude vise à déterminer si les adolescents et jeunes adultes consultant pour leur usage problématique de cannabis présentent des caractéristiques d'usage de produits psychoactifs différents de ceux des adolescents de la population générale. Des facteurs de risque tels que l'âge des sujets et la précocité des premiers usages, ainsi que les associations entre les modalités de consommation des différents produits sont également explorés. Méthode : 110 patients (âge moyen = 18,2 ans) dépendants du cannabis et 110 témoins recrutés dans des établissements scolaires et réseaux associatifs d'Île-de-France ont été reçus lors d'un entretien analysant précisément leurs modalités de consommation de substances psychoactives. Résultats : les patients présentaient une sévérité des caractéristiques d'usage de cannabis (en moyenne cinq joints par jour et 40,7 mois de consommation régulière), d'alcool (en moyenne 5,2 verres par jour de consommation) et de tabac (en moyenne 12,6 cigarettes par jour). La majorité des patients (53,2 %) étaient des polyusagers de substances illicites, avec un âge moyen des premiers usages de 17,3 ans. Les âges du premier usage de cannabis (13,9 ans), d'alcool (13,7 ans) et de tabac (12,9 ans) étaient fortement intercorrélés ( $p < 0,001$ ), mais n'étaient pas significativement associés aux fréquences et quantités actuelles de consommation. Discussion : l'hétérogénéité des profils d'usagers chez les jeunes présentant un diagnostic de dépendance au cannabis suggère de considérer d'autres indicateurs dans une perspective de soins, de prévention et de recherche sur les pathologies addictives.

### Mots-clés

Adolescence – Dépendance – Cannabis – Soins spécialisés – Profil de consommation.

### Summary

**Substance use among adolescents followed in addiction medicine. Comparison with adolescents of the general population**  
Background: this study was designed to determine whether adolescents and young adults consulting for problem cannabis use presented different psychoactive substances use patterns from those of adolescents of the general population. Risk factors such as the subject's age and the early age of first use, as well as associations between the modalities of consumption of the various substances were also investigated. Method: 110 cannabis-dependent patients (mean age = 18.2 years) and 110 controls recruited from schools and associations in the Île-de-France region attended an interview designed to precisely investigate their modalities of psychoactive substance consumption. Results: patients presented more severe patterns of use of cannabis (an average of five joints per day and 40.7 months of regular consumption), alcohol (an average of 5.2 glasses per day) and tobacco (an average of 12.6 cigarettes per day). The majority of patients (53.2%) used multiple illicit substances, with a mean age of first use of 17.3 years. Ages of first use of cannabis (13.9 years), alcohol (13.7 years) and tobacco (12.9 years) were strongly intercorrelated ( $p < 0.001$ ), but were not significantly associated with the current frequencies and quantities of consumption. Discussion: the heterogeneity of substance user profiles among young people with a diagnosis of cannabis dependence suggests that other indicators should be considered in a context of care, prevention and research on addictive disorders.

### Key words

Adolescence – Dependence – Cannabis – Specialized care – Patterns of consumption.

L'existence d'un syndrome de dépendance au cannabis est aujourd'hui démontrée empiriquement (1) : il serait principalement la conséquence d'un usage important de cannabis (2, 3). Selon les données de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), 5 % des usagers et 10 % des consommateurs réguliers de cannabis seraient dépendants (4). Si la prévalence de sujets dépendants tend à rester stable, les récentes études épidémiologiques ont révélé que la consommation de cannabis par les jeunes Français a sensiblement augmenté ces dix dernières années (5, 6). Notamment, la prévalence de consommateurs quotidiens de cannabis chez les 15-34 ans est passée de 3,8 % en 2000 à 5,9 % en 2005 (7).

Parallèlement à cette augmentation d'usagers, une modification des caractéristiques de consommation de produits psychoactifs a été constatée : par exemple, les âges du premier usage seraient de plus en plus précoces (pour le cannabis, 15,3 ans en 2000 versus 15,1 ans en 2005) (7). La plus grande accessibilité des substances, licites ou illicites, semble avoir contribué à l'accroissement du nombre d'usagers, mais aussi, pour un même individu, à l'augmentation des quantités consommées d'une même substance, ainsi qu'à la multiplication du nombre de produits consommés (6, 8).

Couplée à un ensemble de paramètres sociétaux, notamment le développement des campagnes d'information et de prévention, ces modifications se sont accompagnées d'un accroissement des demandes de prise en charge dans le champ de la santé mentale. Ces dix dernières années, le nombre de demandeurs de soins pour dépendance au cannabis a plus que doublé dans plusieurs pays européens. En 2005, sur la totalité des patients suivis en France pour un problème de consommation, 67,3 % présentaient une demande de soins relative à leur usage de cannabis (9).

Les cliniciens se trouvent ainsi confrontés à de nouveaux profils d'usage, et certaines questions ont émergé. En effet, si les études épidémiologiques ont permis de mettre en évidence l'évolution des caractéristiques d'usage de produits psychoactifs par les adolescents, ces modalités de consommation n'avaient, à notre connaissance, jamais été étudiées chez des adolescents français consultant. Pourtant, la question se pose de savoir si ces adolescents consultant pour leur usage problématique présentent des caractéristiques d'usage différents de ceux des adolescents de la population générale.

L'objectif principal de cette étude était donc de décrire précisément les modalités de consommation de substances psychoactives chez des adolescents et des jeunes adultes

dépendants du cannabis et consultant pour cette dépendance. Nos objectifs secondaires étaient :

1. de déterminer si l'âge des sujets influence ces modalités d'usages ;
2. d'explorer les associations entre les modalités d'usage des différentes substances psychoactives ;
3. d'examiner si la précocité des premiers usages constitue un facteur de vulnérabilité au regard des modalités de consommation actuelles des sujets.

## Méthode

---

### **Participants**

Nous avons recruté pour l'étude deux populations :  
- l'échantillon clinique comportait 110 patients (89 hommes) dépendants du cannabis (critères DSM-IV), consultant pour leur usage problématique de cannabis, âgés de 14 à 25 ans (âge moyen : 18,2 ans ; ET 2,8). Au moment de l'évaluation, les patients consultaient dans des structures de soins spécialisées depuis en moyenne 8,5 semaines (ET 12,7), avec une durée de suivi d'une à 52 semaines ;  
- l'échantillon témoin comprenait 110 sujets (77 hommes), exempts de diagnostics liés à l'usage d'une substance psychoactive illicite ou de dépendance à l'alcool (âge moyen : 18,2 ans ; ET 3,4). Ils ont été recrutés dans des établissements scolaires et réseaux associatifs d'Ile-de-France. Ne pouvaient être inclus une personne (patient, témoin) présentant un trouble psychotique avéré, une maladie somatique sévère ou chronique, un retard mental ou un trouble organique cérébral.

Tous les participants ont donné leur consentement éclairé (et leurs parents ou tuteurs légaux pour les mineurs), et la recherche a reçu l'avis favorable du comité d'éthique de la Pitié-Salpêtrière le 22 novembre 2004.

### **Recueil des données**

Les patients étaient adressés par leur thérapeute au psychologue chargé de la recherche. Lors de la rencontre initiale, les informations relatives aux objectifs et au déroulement de l'étude leur étaient présentées. Ces mêmes informations étaient transmises aux témoins lors de sessions collectives de prévention.

La version française du *Mini international neuropsychiatric interview* (10) a été utilisée pour l'évaluation des critères diagnostiques d'inclusion. Une fois ceux-ci validés, les participants étaient reçus lors d'un entretien clinique

multiaxial analysant les caractéristiques sociodémographiques et les modalités détaillées de consommation de substances psychoactives (e.g., âge d'expérimentation, quantité, fréquence et heure de consommation).

### Analyses statistiques

Nous avons réalisé des analyses descriptives pour les variables quantitatives (moyenne, variance, écart type) et qualitatives (pourcentage), utilisé des tests t de Student ou U de Mann-Whitney pour les différences intergroupes sur les variables dimensionnelles, ainsi que le test du  $\chi^2$  sur les variables catégorielles. Pour déterminer les associations entre les différentes variables quantitatives de consommation de substances, des matrices de corrélation ont été calculées par des coefficients de corrélations de Pearson ou de Spearman (selon les effectifs). Des régressions linéaires simples ont été calculées pour déterminer l'influence de l'âge des participants et du premier usage sur les quantités de cannabis, d'alcool et de tabac actuellement consommées, ainsi que sur la fréquence d'usage de ces trois substances. Le traitement et l'analyse des données ont été réalisés avec le logiciel SPSS® 15. Le seuil de significativité à  $P < 0,05$  a été retenu dans le cadre de cette étude.

## Résultats

Les participants des groupes clinique et contrôle ne différaient pas concernant le genre ( $\chi^2 = 3,53$ ,  $P = 0,060$ ) et l'âge ( $t = -0,130$ ,  $P = 0,897$ ).

### Données descriptives et comparatives

#### Cannabis (tableau I)

La majorité des 110 patients (80,8 %) consommait du cannabis quotidiennement depuis en moyenne plus de 40 mois. En semaine ( $n = 86$ ), 46,5 % rapportaient consommer

leur premier joint moins d'une heure après le réveil, 23,3 % au cours de la matinée, 8,1 % dans l'après-midi et 22,1 % au cours de la soirée. Concernant le contexte de consommation ( $n = 91$ ), 69,7 % des patients déclaraient consommer essentiellement seuls, dont 12,1 % exclusivement seuls.

Concernant les 110 témoins, 69,1 % n'avaient jamais consommé de cannabis, 16,4 % en avaient déjà expérimenté (prise unique) et 14,5 % en consommaient occasionnellement (moins de dix prises par an). Le contexte de leur consommation de cannabis (expérimentale ou occasionnelle) était social, et l'âge moyen de leur première expérimentation était de 15,56 ans (ET 1,98 ; 12-20 ans).

L'âge moyen du premier usage de cannabis des patients (13,88 ans  $\pm$  1,68) était significativement inférieur ( $t = -4,76$ ,  $P < 0,001$ ).

#### Alcool (tableau II)

Dans l'échantillon clinique, une année séparait en moyenne la première consommation d'alcool en dehors du milieu familial et la première ivresse alcoolique. La grande disparité des fréquences de consommation indiquait que certains patients consommaient de l'alcool moins d'une fois par mois, mais que d'autres buvaient quotidiennement. Parmi les patients consommateurs d'alcool ( $n = 85$ ), 22,7 % rapportaient en avoir consommé seuls, dont 7,8 % de manière exclusivement solitaire.

Concernant les témoins ( $n = 83$ ), 12 % n'avaient jamais consommé d'alcool en dehors du milieu familial. Parmi les consommateurs, 75,3 % avaient déjà été ivres. Neuf sujets avaient consommé de l'alcool moins d'une fois par mois au cours des six derniers mois. Tous déclaraient consommer de l'alcool dans un contexte social, sauf deux qui rapportaient consommer de l'alcool seuls.

Aucune différence significative n'a été observée entre les patients et les témoins concernant l'âge moyen de la pre-

Tableau I : Statistiques descriptives des modalités de consommation de cannabis des patients

|  | Minimum | Maximum | Moyenne | Écart type |
|--|---------|---------|---------|------------|
| Âge du premier usage                     | 10      | 20      | 13,88   | 1,68       |
| Âge du premier achat                     | 11      | 20      | 14,71   | 1,89       |
| Nombre de joints maximum par jour        | 3       | 40      | 12,78   | 8,22       |
| Âge de consommation maximum              | 13      | 22      | 17,09   | 1,88       |
| Nombre de mois de consommation régulière | 4       | 120     | 40,66   | 28,85      |
| Nombre actuel de joints par jour         | 1       | 20      | 5,01    | 3,25       |
| Fréquence de consommation par semaine    | 1       | 7       | 6,27    | 1,63       |
| Nombre actuel de joints par semaine      | 1       | 140     | 33,17   | 26,33      |

mière consommation d'alcool en dehors du milieu familial. En revanche, l'âge moyen de la première ivresse était modérément inférieur chez les patients. Les comparaisons ont également révélé que les patients consommaient plus fréquemment de l'alcool que les témoins et que leurs quantités d'alcool consommées par jour de consommation étaient plus élevées.

#### Tabac (tableau II)

Parmi les patients pour lesquels nous disposons des données relatives à la consommation de tabac (n = 88), six n'en avaient jamais consommé quotidiennement (hors joint) et cinq avaient arrêté leur consommation sous forme de cigarettes au moment de l'évaluation. Parmi ceux consommant actuellement quotidiennement du tabac (n = 77), 19,4 % fumaient leur première cigarette moins de cinq minutes après le réveil, 27,8 % moins de 30 minutes après et 52,8 % plus de 30 minutes après.

Concernant les témoins (n = 82), 58,5 % avaient déjà consommé du tabac et 22 en consommaient actuellement quotidiennement : 4,5 % fumaient leur première cigarette moins de cinq minutes après le réveil, 18,2 % moins de 30 minutes après, et 77,3 % plus de 30 minutes après.

La prévalence de fumeurs actuels était supérieure dans le groupe clinique ( $\chi^2 = 14,46$  ; ddl = 1 ;  $P < 0,001$ ). Leurs âges moyens du premier usage de tabac et de consommation quotidienne étaient inférieurs à ceux des témoins. En revanche, le nombre de cigarettes actuellement fumées par jour était comparable dans les deux groupes.

#### Autres substances psychoactives illicites

Parmi les patients pour lesquels nous disposons de données relatives à l'usage d'autres substances psychoactives illicites (n = 94), 53,2 % (n = 50) rapportaient avoir déjà consommé au moins une substance psychoactive illicite autre que le cannabis : 33 % de l'ecstasy, 12,8 % des amphétamines, 14,9 % du LSD, 23,4 % des champignons hallucinogènes, 27,7 % de la cocaïne et 5,3 % des opiacés. 14,9 % d'entre eux rapportaient avoir déjà fait un usage détourné de médicaments psychotropes. Ces premiers usages de substances psychoactives illicites survenaient en moyenne à l'âge de 17 ans, allant de 17 ans (ET 2,08) pour l'ecstasy à 17,8 ans (ET 2,19) pour le LSD.

Concernant les fréquences d'usage, 26 % des patients avaient fait d'un à deux usages du même produit (polyexpérimentateurs), 56 % pouvaient être considérés comme des polyconsommateurs (trois à 20 usages), 18 % d'entre eux présenteraient une période d'abus ou de dépendance à l'une ou plusieurs de ces autres substances illicites (plus de 20 usages).

Concernant les témoins (n = 82), 8,5 % rapportaient avoir déjà consommé une substance psychoactive illicite autre que le cannabis : 4,9 % de l'ecstasy, 4,9 % des champignons hallucinogènes et 1,2 % de la cocaïne. Un sujet rapportait avoir déjà fait un usage détourné de médicaments psychotropes à 13 ans. Tous étaient des polyexpérimentateurs (une à deux prises). Les âges moyens des premiers usages étaient de 17,33 ans (ET 1,53) pour

**Tableau II** : Statistiques descriptives et comparatives des modalités de consommation d'alcool et de tabac chez les patients et les témoins

|   | Patients |         |         |         |            | Témoins |         |         |         |            | t-test<br>P             |
|---|----------|---------|---------|---------|------------|---------|---------|---------|---------|------------|-------------------------|
|   | Nombre   | Minimum | Maximum | Moyenne | Écart type | Nombre  | Minimum | Maximum | Moyenne | Écart type |                         |
| <b>Alcool</b>                                     |          |         |         |         |            |         |         |         |         |            |                         |
| Âge du premier usage                              | 85       | 7       | 19      | 13,69   | 1,91       | 73      | 10      | 21      | 14,29   | 1,87       | t = - 1,84<br>P = 0,067 |
| Âge de la première ivresse                        | 80       | 12      | 20      | 14,71   | 1,85       | 55      | 12      | 21      | 15,45   | 2,28       | t = - 2,08<br>P = 0,040 |
| Fréquence de consommation par mois                | 83       | 20      | 30      | 4,85    | 6,93       | 68      | 0       | 17      | 1,35    | 2,53       | t = 3,95<br>P < 0,001   |
| Nombre d'unités d'alcool par jour de consommation | 68       | 1       | 15      | 5,21    | 3,54       | 59      | 1       | 15      | 3,85    | 2,95       | t = 2,33<br>P = 0,022   |
| <b>Tabac</b>                                      |          |         |         |         |            |         |         |         |         |            |                         |
| Âge du premier usage                              | 88       | 7       | 18      | 12,91   | 2,01       | 48      | 7       | 21      | 14,17   | 2,61       | t = - 3,14<br>P = 0,002 |
| Âge d'usage quotidien                             | 82       | 11      | 19      | 14,34   | 1,71       | 23      | 14      | 22      | 16,83   | 2,44       | t = - 5,57<br>P < 0,001 |
| Nombre de cigarettes par jour                     | 77       | 1       | 40      | 12,57   | 8,01       | 22      | 3       | 30      | 10,18   | 7,49       | t = 1,25<br>P = 0,214   |

l'ecstasy et de 17,25 ans (ET 2,06) pour les champignons hallucinogènes.

### Âge et modalités d'usage actuel de substances

Chez les patients, l'âge n'avait pas d'effet sur le nombre de joints actuellement consommés par jour et par semaine, la fréquence de consommation actuelle de cannabis, le nombre d'unités d'alcool et de cigarettes actuellement consommées par jour d'usage, ou la fréquence de consommation d'alcool.

Chez les témoins, l'âge n'avait pas d'effet sur le nombre d'unités d'alcool et de cigarettes actuellement consommées par jour d'usage. En revanche, l'âge avait un effet positif sur la fréquence de consommation d'alcool ( $r = 0,371$ ,  $P = 0,002$ ) : il expliquerait près de 14 % des variations observées pour cette dimension ( $R^2 = 0,137$ ).

### Associations entre les variables de consommation de substances

Chez les patients, l'âge du premier usage de tabac était positivement corrélé à l'âge du premier usage d'alcool. L'âge auquel la consommation de tabac est devenue quotidienne était positivement corrélé à l'âge du premier usage d'alcool et de la première ivresse (tableau III).

Dans l'échantillon témoin, l'âge d'expérimentation du cannabis ( $n = 34$ ) était positivement corrélé à l'âge du premier usage d'alcool, de la première ivresse, ainsi qu'à celui du premier usage de tabac et à celui auquel la consommation de tabac est devenue quotidienne. Ces corrélations étaient similaires à celles observées dans l'échantillon clinique. Par ailleurs, l'âge du premier usage de tabac était positivement corrélé à celui auquel la consommation de tabac est devenue quotidienne, à celui du premier usage d'alcool, ainsi qu'à l'âge de la première ivresse (tableau IV).

### Associations entre les variables de consommation chez les patients

Compte tenu du faible nombre de patients ayant fait usage d'opiacés ( $n = 5$ ), cette catégorie de substances a été exclue des analyses suivantes. L'âge du premier usage de cannabis était positivement corrélé à ceux du premier usage de médicaments psychotropes ( $r = 0,711$ ,  $P = 0,004$ ) et d'ecstasy ( $r = 0,537$ ,  $P = 0,002$ ). Les âges du premier achat de cannabis et du premier usage d'ecstasy étaient corrélés ( $r = 0,509$ ,  $P = 0,003$ ). L'âge auquel la consommation de cannabis est maximum était positivement corrélé aux âges du premier usage de médicaments ( $r = 0,789$ ,  $P = 0,002$ ), d'ecstasy ( $r = 0,752$ ,  $P < 0,001$ ), de champignons hallucinogènes ( $r = 0,730$ ,  $P < 0,001$ ) et de cocaïne ( $r = 0,784$ ,  $P < 0,001$ ). Aucune corrélation

Tableau III : Matrice de corrélations des données quantitatives de consommation de cannabis, d'alcool et de tabac des patients (coefficients de corrélation de Pearson)

|  | Âge du premier usage d'alcool | Âge de la première ivresse | Fréquence de consommation d'alcool | Unités d'alcool par jour de consommation | Âge du premier usage de tabac | Âge de la consommation quotidienne de tabac | Nombre de cigarettes par jour |
|--|-------------------------------|----------------------------|------------------------------------|--|-------------------------------|---|-------------------------------|
| Âge du premier usage de cannabis                                   | 0,484<br>$P < 0,001$          | 0,574<br>$P < 0,001$       | - 0,022<br>ns                      | - 0,113<br>ns                            | 0,568<br>$P < 0,001$          | 0,625<br>$P < 0,001$                        | 0,132<br>ns                   |
| Âge du premier achat de cannabis                                   | 0,454<br>$P < 0,001$          | 0,522<br>$P < 0,001$       | 0,011<br>ns                        | - 0,181<br>ns                            | 0,469<br>$P < 0,001$          | 0,645<br>$P < 0,001$                        | 0,094<br>ns                   |
| Nombre de joints maximum par jour                                  | - 0,140<br>ns                 | - 0,143<br>ns              | 0,369<br>$P = 0,001$               | 0,170<br>ns                              | - 0,360<br>$P = 0,001$        | - 0,407<br>$P < 0,001$                      | 0,217<br>ns                   |
| Âge de la consommation maximum de cannabis                         | 0,382<br>$P = 0,001$          | 0,417<br>$P < 0,001$       | 0,044<br>ns                        | - 0,116<br>ns                            | 0,275<br>$P = 0,017$          | 0,412<br>$P < 0,001$                        | 0,164<br>ns                   |
| Mois de dépendance au cannabis                                     | - 0,062<br>ns                 | - 0,005<br>ns              | - 0,063<br>ns                      | - 0,057<br>ns                            | - 0,135<br>ns                 | - 0,076<br>ns                               | - 0,065<br>ns                 |
| Nombre de joints actuels par jour                                  | - 0,118<br>ns                 | - 0,197<br>ns              | 0,088<br>ns                        | 0,308<br>$P = 0,011$                     | 0,115<br>ns                   | - 0,200<br>ns                               | 0,133<br>ns                   |
| Nombre de joints actuels par semaine                               | - 0,142<br>ns                 | - 0,197<br>ns              | 0,043<br>ns                        | 0,279<br>$P = 0,022$                     | - 0,122<br>ns                 | - 0,212<br>ns                               | 0,038<br>ns                   |
| Fréquence de consommation actuelle de cannabis (jours par semaine) | - 0,046<br>ns                 | 0,017<br>ns                | - 0,027<br>ns                      | 0,073<br>ns                              | 0,015<br>ns                   | - 0,018<br>ns                               | 0,075<br>ns                   |

ns : non significatif à  $P < 0,05$ .

**Tableau IV :** Matrice de corrélations des données quantitatives de consommation de cannabis, d'alcool et de tabac des témoins (coefficients de corrélation de Spearman)

|   | Âge du premier usage de cannabis | Âge du premier usage d'alcool | Âge de la première ivresse | Fréquence de consommation d'alcool | Unité d'alcool par jour de consommation | Âge de la consommation quotidienne de tabac | Âge de la consommation quoti de tabac |
|---|----------------------------------|-------------------------------|----------------------------|------------------------------------|---|---|---------------------------------------|
| Âge du premier usage d'alcool               | 0,539<br><i>P</i> = 0,001        |                               |                            |                                    |   |   |                                       |
| Âge de la première ivresse                  | 0,792<br><i>P</i> < 0,001        | 0,775<br><i>P</i> < 0,001     |                            |                                    |   |   |                                       |
| Fréquence de consommation d'alcool          | 0,120<br>ns                      | 0,037<br>ns                   | 0,002<br>ns                |                                    |   |   |                                       |
| Unités d'alcool par jour de consommation    | - 0,289<br>ns                    | - 0,070<br>ns                 | - 0,036<br>ns              | 0,047<br>ns                        |   |   |                                       |
| Âge du premier usage de tabac               | 0,645<br><i>P</i> < 0,001        | 0,639<br><i>P</i> < 0,001     | 0,548<br><i>P</i> < 0,001  | 0,180<br>ns                        | - 0,134<br>ns                           |   |                                       |
| Âge de la consommation quotidienne de tabac | 0,708<br><i>P</i> < 0,001        | 0,482<br><i>P</i> = 0,020     | 0,693<br><i>P</i> < 0,001  | 0,130<br>ns                        | - 0,143<br>ns                           | 0,749<br><i>P</i> < 0,001                   |                                       |
| Nombre de cigarettes par jour               | 0,006<br>ns                      | - 0,147<br>ns                 | - 0,336<br>ns              | 0,168<br>ns                        | - 0,082<br>ns                           | 0,014<br>ns                                 | 0,011<br>ns                           |

ns : non significatif à *P* < 0,05 ,

significative (*P* < 0,005) n'a été observée entre les âges du premier usage de tabac et d'alcool ou de premier usage de substances psychoactives illicites. Par ailleurs, la matrice de corrélations mettant en correspondance les fréquences et quantités d'usage de cannabis, d'alcool, de tabac et de substances psychoactives illicites n'a révélé aucune association significative (*P* < 0,005).

### ***Influence de l'âge des premiers usages sur les modalités actuelles de consommation***

Dans nos deux échantillons, les régressions linéaires simples ont été calculées pour déterminer l'influence des âges du premier usage de cannabis, d'alcool et de tabac sur les fréquences et les quantités actuellement consommées de ces trois substances. Aucune association n'a été observée dans le groupe clinique ; seuls deux liens ont été mis en évidence chez les témoins : les âges du premier usage de tabac et de cannabis expliquaient respectivement près de 11 % et 16 % de la variance du nombre d'unités d'alcool consommées par jour d'usage (respectivement : *r* = 0,327, *P* = 0,040 ; *r* = 0,399, *P* = 0,032).

## **Discussion**

Notre premier niveau d'observation portait sur la précocité des premiers usages de cannabis, d'alcool et de tabac que nous supposions plus grande chez les patients dépendants. Nos résultats indiquent que le premier usage

de cannabis survient à un âge nettement plus précoce dans l'échantillon clinique (13,9 ans) que chez les témoins (15,6 ans). Cette précocité d'expérimentation chez les patients se voit également confirmée au regard de la littérature (en moyenne 15 ans en population générale française) (7).

Ce facteur négatif lié l'âge du premier usage est retrouvé de manière significative pour le tabac, mais pas pour l'alcool. Concernant le tabac, l'âge moyen du premier usage chez les patients (12,9 ans) est inférieur à celui des témoins (14,2 ans), qui lui est en revanche tout à fait similaire à celui rapporté chez les adolescents en population générale (8, 11). L'âge moyen du premier usage d'alcool chez les patients (13,7 ans) et les témoins (14,3 ans) consommateurs, quoique relativement similaire, est légèrement inférieur à celui rapporté dans les études épidémiologiques françaises (13,6 ans chez les adolescentes, 13,1 ans chez les adolescents) (12). Cette différence semble pouvoir s'expliquer par la nature de notre variable qui interrogeait spécifiquement l'âge du premier usage d'alcool en dehors de la cellule familiale. En revanche, l'effet de sévérité ressort lorsque les variables correspondant à l'apparition des modalités d'usage plus soutenu sont considérées (âges moyens d'usage quotidien de tabac et de la première ivresse alcoolique significativement inférieurs dans le groupe clinique).

La littérature indique que la précocité des usages de cannabis, d'alcool et de tabac serait un puissant prédicteur

de l'augmentation et de la persistance des consommations (11-15). Les analyses réalisées dans notre échantillon clinique n'ont pas révélé d'association significative entre les âges du premier usage de cannabis, d'alcool et de tabac et les modalités actuelles de consommation de ces trois substances. La précocité de l'usage de cannabis constatée chez nos patients est néanmoins préoccupante puisqu'elle serait également prédictive de nombreuses conséquences dommageables, notamment sur le plan de la scolarité et des troubles psychiatriques (16-19).

Concernant les modalités actuelles de consommation, nos résultats descriptifs confirment les "niveaux cliniques" de consommation de cannabis tant en termes de fréquence (ici, 80,8 % d'usagers quotidiens pour moins de 6 % en population générale âgée de 15 à 34 ans) (20), qu'en termes de quantité (ici, moyenne de cinq joints par jour pour un à deux joints par jour chez les usagers quotidiens de la population générale âgés de 15 à 29 ans) (6). Concernant l'alcool, les fréquences de consommation et les quantités consommées par jour d'usage sont supérieures chez les patients. Concernant le tabac, nous avons montré que la prévalence d'usagers était nettement supérieure dans le groupe clinique, mais que le nombre de cigarettes par jour était comparable dans les deux échantillons fumeurs de tabac. Soulignons cependant que la quantité de tabac était estimée indépendamment des joints. Or, les joints étant le plus souvent constitués d'un mélange de cannabis et de tabac, au vu du nombre de joints quotidiens fumés par les patients, il est incontestable que leur consommation de tabac est en fait bien supérieure à celle des sujets témoins fumeurs quotidiens. Ce point en soi pose potentiellement la question d'un problème de santé publique.

Enfin, plus de la moitié de notre échantillon clinique a déjà fait usage au moins une fois d'un produit illicite autre que le cannabis, contre seulement 8,5 % des témoins. Ce résultat s'inscrit dans la lignée des études épidémiologiques faisant état de prévalences importantes de poly-expérimentateurs de substances illicites chez les usagers réguliers de cannabis (6, 21, 22). Au regard des prévalences d'expérimentation de substances illicites rapportées chez les usagers réguliers de cannabis de la population générale âgés de 15 à 34 ans (6), les pourcentages dans notre étude sont plus élevés pour toutes les catégories de substances, à l'exception des champignons hallucinogènes et des opiacés. Par ailleurs, l'âge moyen du premier usage d'autres substances psychoactives que le cannabis rapporté par les patients (17 ans) est comparable, bien que légèrement supérieur, à celui d'études épidémiologiques en population générale française (7).

Concernant la progression des usages, dans nos deux échantillons, la séquence temporelle est identique à celle rapportée dans la littérature (23) : le tabac est bien la première substance consommée, suivie par l'alcool et le cannabis (11, 24). Les corrélations élevées entre les âges du premier usage et ceux déterminant la mise en place d'une consommation plus sévère (âges moyens du premier achat de cannabis, de la première ivresse alcoolique et de la consommation quotidienne de tabac) suggèrent l'existence d'une période critique d'environ deux ans pendant laquelle les consommations s'initient et s'organisent. Cette période sensible doit plus particulièrement retenir l'attention des intervenants auprès d'adolescents. Il apparaît en effet indispensable que les actions de prévention auprès de ce public à risque soient réalisées avant que les modalités susceptibles de pérenniser l'usage ne s'organisent dans leur schéma comportemental. Une seconde séquence est ensuite observée avec l'apparition des expérimentations des autres produits psychoactifs illicites. Il semble intéressant de noter que, dans notre étude, l'âge moyen auquel les patients rapportent avoir le plus consommé de cannabis correspond à celui de la diversification des usages. Ce constat suggère que les consommations de tabac, d'alcool et de cannabis pourraient suffire à nourrir les "besoins transgressifs et sensoriels" associés au développement au cours des premiers temps de l'adolescence, mais qu'un effet seuil puis de spirale pourrait être atteint vers l'âge de 17 ans, conduisant à la recherche de diversification des effets et donc la multiplication des substances consommées.

En revanche, dans les deux échantillons, les analyses de corrélation ont mis en évidence une relative indépendance des fréquences d'usage et des quantités actuellement consommées de cannabis, d'alcool et de tabac. Ce résultat demande à être confirmé, puisque inversement, Melchior et al. en 2008 (8) rapportaient des associations entre les modalités d'usage de tabac, d'alcool et de cannabis chez des adolescents et des jeunes adultes tout venant.

Certaines limites de cette étude doivent être soulignées. Malgré la diversification des lieux de recrutement des participants (Paris intramuros et banlieue parisienne), on peut s'interroger sur la spécificité éventuelle des caractéristiques de consommation de substances psychoactives selon la domiciliation. Ces différences éventuelles, entre zone urbaine et zone rurale notamment, devraient faire l'objet de futures études, afin notamment d'ajuster les interventions de prévention. Sur un plan méthodologique, l'évaluation des consommations de substances des participants s'est basée exclusivement sur l'entretien clinique. Bien que l'on ne

puisse pas négliger le risque d'erreur, la procédure de recueil des données était standardisée et croisée, et permettait de limiter des biais de rappel. Par ailleurs, plusieurs études ont démontré la validité des mesures auto-rapportées relatives aux consommations de substances chez les adultes et chez les adolescents (25, 26). Enfin, d'autres dimensions du profil de consommation, notamment l'usage d'inhalants (i.e., colle, solvant, aérosol), n'ont pas été étudiées. Certaines études récentes suggèrent pourtant que les inhalants représentent la deuxième "drogue" la plus consommée par les adolescents américains (27) ; de fait, cette donnée mériterait d'être recueillie à l'avenir.

## Conclusions

---

Nous avons retrouvé chez les adolescents dépendants du cannabis l'ensemble des indicateurs identifiés par la littérature comme des facteurs négatifs, de risque et de gravité de dépendance : plus d'adolescents que de jeunes adultes, plus fort pourcentage de garçons, fréquences de consommation et quantités consommées élevées, stabilité de la consommation, précocité du premier usage et prévalences importantes d'usagers matinaux et solitaires (3, 28-30). Une sévérité des caractéristiques d'usage des autres catégories de substances, ainsi qu'une escalade quantitative et qualitative des usages ont également été constatées.

Toutefois, l'importante dispersion de certaines dimensions (notamment les fréquences d'usage et les quantités consommées) révèle une hétérogénéité des profils de consommateurs chez les jeunes présentant un diagnostic de dépendance au cannabis pris en charge dans des services spécialisés. D'un point de vue clinique, ce constat établit que les demandes de prise en charge ne sont pas exclusivement motivées par les quantités et fréquences d'usage des adolescents. Ceci suggère que les actions de prévention ne peuvent se limiter à une approche quantitative, mais que d'autres indicateurs doivent être pris en compte. Cette importante hétérogénéité interroge également la pertinence de l'approche catégorielle reposant sur les critères DSM actuels pour l'étude des pathologies addictives ; elle suggère plutôt la nécessité d'une approche dimensionnelle des modalités d'usage. En effet, s'il apparaît essentiel de catégoriser les sujets, notamment dans le cadre de recherches empiriques, il pourrait être crucial de prendre en compte la spécificité des caractéristiques de consommation pour progresser dans la compréhension clinique de la dépendance au cannabis chez les adolescents. ■

**Conflits d'intérêt.** – Les auteurs déclarent qu'ils n'ont pas de conflit d'intérêt.



G. Dorard, C. Bungener, S. Berthoz  
 Usage de substances chez l'adolescent suivi en addictologie.  
 Comparaison avec des adolescents de la population générale  
*Alcoologie et Addictologie* 2012 ; 34 (3) : 195-203

## Références bibliographiques

- 1 - Hall W. The mental health risks of adolescent cannabis use. *Plos Medicine*. 2006 ; 3 (2) : 159-62.
- 2 - Kalant H. Adverse effects of cannabis on health: an update of the literature since 1996. *Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2004 ; 28 (5) : 849-63.
- 3 - Coffey C, Carlin JB, Lynskey M et al. Adolescent precursors of cannabis dependence: findings from the Victorian adolescent health cohort study. *British Journal of Psychiatry*. 2003 ; 82 : 330-336.
- 4 - Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. Cannabis : quels effets sur le comportement et la santé ? Paris : Les Éditions Inserm ; 2001.
- 5 - Beck F, Guignard R, Richard JB, Tovar M, Spilka S. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010. *Tendances*. 2011 ; (76) : 1-6.
- 6 - Costes JM. Cannabis, données essentielles. Paris : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies ; 2007.
- 7 - Beck F, Legleye S, Spilka S. Niveaux d'usage et profils des usagers en France en 2005. In : Costes JM. Cannabis, données essentielles. Paris : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies ; 2007. p. 20-9.
- 8 - Melchior M, Chastang JF, Goldberg P et al. High prevalence rates of tobacco, alcohol and drug use in adolescents and young adults in France: results from the GAZEL youth study. *Addictive Behaviors*. 2008 ; 33 (1) : 122-33.
- 9 - Montanari L, Taylor C, Griffiths P. Cannabis users in drug treatment in Europe: an analysis from treatment demand data. In : EMCDDA. A cannabis reader: global issues and local experiences. Monograph series 8. Lisbonne : European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction ; 2008. p. 261-76.
- 10 - Lecrubier Y, Sheehan DV, Weiller E et al. The Mini International neuropsychiatric interview (MINI) a short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry*. 1997 ; 5 (12) : 224-31.
- 11 - Courtois R, Caudrelier N, Legay E et al. Influence parentale (dépendance tabagique et styles éducatifs) sur la consommation et la dépendance tabagique de leur adolescent. *Presse Médicale*. 2007 ; 36 (10) : 1341-9.
- 12 - Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. Alcool : dommages sociaux, abus et dépendance. Paris : Les Éditions Inserm ; 2003.
- 13 - Anthony JC, Petronis KR. Early-onset drug use and risk of later drug problems. *Drug and Alcohol Dependence*. 1995 ; 40 (1) : 9-15.
- 14 - Breslau N, Fenn N, Peterson EL. Early smoking initiation and nicotine dependence in a cohort of young adults. *Drug and Alcohol Dependence*. 1993 ; 33 (1) : 129-137.
- 15 - Chassin L, Presson CC, Sherman SJ et al. The natural history of cigarette smoking: predicting young-adult smoking outcomes from adolescent smoking patterns. *Health Psychology*. 1990 ; 9 (6) : 701-16.
- 16 - Aarons GA, Brown SA, Coe MT et al. Adolescent alcohol and drug abuse and health. *Journal of Adolescent Health*. 1999 ; 24 (6) : 412-21.
- 17 - Lynskey M, Hall W. The effects of adolescent cannabis use on educational attainment: a review. *Addiction*. 2000 ; 95 (11) : 1621-30.
- 18 - Poulton RG, Brooke M, Moffitt TE et al. Prevalence and correlates of cannabis use and dependence in young New Zealanders. *New Zealand Medicine Journal*. 1997 ; 110 (1039) : 68-70.
- 19 - Robertson JR, Miller P, Anderson R. Cannabis use in the community. *British Journal of General Practice*. 1996 ; 46 (412) : 671-4.
- 20 - Beck F, Legleye S, Spilka S. Les drogues à 17 ans. Évolutions, contextes d'usages et prises de risque, exploitation des données d'ESCAPAD 2005. *Tendances*. 2006 ; (49) : 1-4.
- 21 - Choquet M, Beck F, Hassler C et al. Les substances psychoactives chez les collégiens et lycéens : consommations en 2003 et évolutions depuis dix ans. *Tendances*. 2004 ; (35) : 1-6.
- 22 - Hibell B, Andersson B, Ahlstrom S et al. The 1999 ESPAD report: alcohol and other drug use among students in 30 European countries. Stockholm : Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs and the Pempidou Group at the Council of Europe ; 2000.
- 23 - Fergusson DM, Boden JM, Horwood LJ. Cannabis use and other illicit drug use: testing the cannabis gateway hypothesis. *Addiction*. 2006 ; 101 (4) : 556-69.
- 24 - Laure P, Lecerf T, Le Scanff C. Les motivations à la consommation de produits dangereux sont-elles liées au nombre de substances utilisées ? Enquête auprès de 840 adolescents scolarisés. *Archives de Pédiatrie*. 2001 ; 8 (1) : 16-24.
- 25 - Del Boca FK, Noll JA. Truth or consequences: the validity of self-report data in health services research on addictions. *Addiction*. 2000 ; 95 (3) : 347-60.
- 26 - Gignac M, Wilens TE, Biederman J et al. Assessing cannabis use in adolescents and young adults: what do urine screen and parental report tell you? *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*. 2005 ; 5 (5) : 742-50.
- 27 - Wu LT, Pilowsky DJ, Schlenger WE. High prevalence of substance use disorders among adolescents who use marijuana and inhalants. *Drug and Alcohol Dependence*. 2005 ; 78 (1) : 23-32.
- 28 - Chabrol H, Fredaigue N, Callahan S. Étude épidémiologique de l'abus et de la dépendance au cannabis parmi 256 adolescents. *Encéphale*. 2000 ; 26 (4) : 47-9.
- 29 - Hyman SE, Malenka RC. Addiction and the brain: the neurobiology of compulsion and its persistence. *Nature Review Neuroscience*. 2001 ; 2 (10) : 695-703.
- 30 - Tucker JS, Ellickson PL, Collins RL et al. Does solitary substance use increase adolescents' risk for poor psychosocial and behavioural outcomes? A 9-year longitudinal study comparing solitary and social users. *Psychology of Addictive Behaviors*. 2006 ; 20 (4) : 363-72.