

Prévalence de la consommation de cannabis et profil des client-e-s pris-es en charge principalement pour des problèmes liés au cannabis au cours de la période 2006 à 2012

Le cannabis reste un thème de politique sanitaire important. Sur la base des données act-info, ce numéro d'Eclairages donne un aperçu de la proportion des admissions liées au cannabis en tant que problème principal dans le domaine des traitements spécialisés en matière de dépendance au cours de la période 2006-2012. Les investigations portent en outre sur le profil sociodémographique, sur la fréquence de consommation du cannabis ainsi que sur les instances à l'origine des demandes d'admission parmi ce groupe de client-e-s. La proportion des client-e-s pour qui le cannabis représente un problème secondaire est également présentée. Les résultats montrent une hausse des demandes de prise en charge liées au cannabis en tant que problème principal ainsi qu'un léger rajeunissement de cette clientèle. Une explication possible à ces observations pourrait être une sensibilisation accrue de la population générale face aux risques associés à la consommation de cannabis.

1. Introduction et objectifs

1.1 De l'actualité du thème cannabis

Contexte politique

Un sujet brûlant sur le plan politique. Le cannabis est un sujet très actuel en Suisse. Sur le plan politique, la discussion sur la décriminalisation des consommateurs/trices de cannabis se poursuit même après le rejet, fin 2008, d'une initiative populaire visant à légaliser la possession, la culture et la consommation de cette substance. A Genève, par exemple, un groupe de travail interpartis a été mis sur pied afin de réfléchir à une introduction expérimentale de „cannabis social clubs“ destinés aux adultes. Il s'agit là de clubs à but non lucratif dans le cadre desquels des produits du cannabis peuvent être élaborés, vendus et consommés dans des conditions contrôlées (Zobel & Marthaler, 2014). Cette idée suscite également l'intérêt d'autres villes suisses comme Bâle, Berne et Zurich.

La question de la régulation au centre des discussions. Avec sa récente prise de position sur la régulation du marché dans la politique des drogues, la CPA – Coordination politique des addictions – a suscité un large débat sur l'avenir des orientations de la politique suisse en matière d'addictions (NAS-CPA, 2014). La CPA recommande que la politique suisse en matière de drogues s'éloigne des modèles d'interdiction pour aller vers des modèles de décriminalisation et de réglementation. Concernant le cannabis, la CPA recommande de décriminaliser ou de légaliser la consommation en

privé et la culture de cannabis pour un usage personnel. En outre, l'établissement de "cannabis social clubs" serait en adéquation avec la législation actuelle. Comme option supplémentaire de l'éventail de la régulation du marché, la CPA propose la vente de cannabis dans des magasins d'état ou des magasins privés détenteurs d'une licence étatique tels que mis en place au Colorado. De son côté, la commission fédérale pour les questions liées aux drogues estime également que l'interdiction du cannabis en vigueur actuellement n'est pas satisfaisante.¹

Les amendes d'ordre introduites récemment et qui remplacent depuis octobre 2013 les poursuites pénales à l'encontre des consommateurs/trices de cannabis représentent déjà une conséquence concrète du débat sur la question de la pénalité. Ainsi, la consommation de cannabis est passible d'une amende d'ordre de 100 francs, sous réserve que la personne concernée soit âgée d'au moins 18 ans et qu'elle ne soit pas en possession de plus de 10 grammes de cannabis.²

Consommation dans la population suisse

Prévalence à vie de consommation élevée. Différentes enquêtes représentatives documentent les comportements de consommation de la population suisse. Selon le Monitoring suisse des addictions, le cannabis est de loin la substance illicite la plus consommée en Suisse³. La prévalence à vie de la consommation de cannabis au sein de la population générale âgée de 15 ans et plus est relativement élevée: en 2013, selon l'enquête CoRoIAR (Continuous Rolling Survey of Addictive Behaviours and Related Risks) menée dans le cadre du Monitoring suisse des addictions, 29.0% des personnes interrogées en avaient consommé au moins une fois dans leur vie. Par ailleurs, 5.1% de l'ensemble des personnes interrogées ont dit en avoir consommé au moins une fois dans les 12 derniers mois et 2.7% dans la période plus restreinte des 30 derniers jours.

Pas de tendance temporelle claire s'agissant de la consommation actuelle. Selon le Monitoring suisse des addictions, les données disponibles ne permettent que des suppositions sur la tendance temporelle concernant la consommation actuelle de cannabis en Suisse⁴. En effet, selon les résultats de l'enquête CoRoIAR, la prévalence de la consommation actuelle de cannabis - c'est-à-dire la consommation au cours des 30 derniers jours - varie entre 2.7% (2011 et 2013) et 3.2% (2012) (Gmel, Kuendig, Notari, & Gmel, 2014). Une autre tendance semble néanmoins se dessiner parmi les jeunes adolescent-e-s de 14 et 15 ans interrogé-e-s dans le cadre de l'enquête HBSC: alors qu'en 2006 9.8% des jeunes interrogé-e-s déclaraient une consommation actuelle de cannabis (c'est-à-dire dans les 30 derniers jours) ils/elles étaient 11.5% à le faire en 2010 (résultats non publiés calculés par Addiction Suisse). Les résultats de l'enquête 2014, qui n'ont pas encore été publiés, révéleront si cette tendance se confirme ou non.

Différences entre les groupes d'âge et entre les sexes. Le cannabis est consommé principalement par des adolescent-e-s et des jeunes adultes. Selon l'enquête CoRoIAR de 2013, 9.0% des 15-19 ans ont dit avoir consommé du cannabis dans les 30 derniers jours. Dans ce groupe d'âge et dans celui des 20-24 ans (8.9%), la prévalence de consommation actuelle atteint son niveau le plus haut pour ensuite reculer fortement dans les groupes d'âge plus âgés (p.ex. 35-44 ans: 1.7%). La consommation de cannabis est plus répandue chez les hommes que chez les femmes: toujours selon l'enquête CoRoIAR de 2013, la proportion de femmes qui n'ont jamais consommé de cannabis atteint 76.4%,

¹ www.news.admin.ch/message/index.html?lang=fr&msg-id=52412, Etat au 05.09.2014

² www.news.admin.ch/message/index.html?lang=fr&msg-id=49053, Etat au 22.09.2014

³ www.suchtmonitoring.ch/fr/4.html?Etat au 27.10.2014

⁴ www.suchtmonitoring.ch/fr/4.html?Etat au 27.10.2014

alors qu'elle est de 65.3% chez les hommes (Gmel et al., 2014). Un écart similaire est d'ailleurs mis en évidence par l'Enquête suisse sur la santé de 2012 (82.7% resp. 71.2%; Notari et al., 2014). Qui plus est, les hommes consomment du cannabis plus fréquemment que les femmes: dans le groupe des consommateurs/trices actuel-le-s de cannabis (prévalence à 30 jours) de l'enquête CoRoIAR de 2013, 63.5% des hommes ont dit avoir consommé du cannabis plus de trois jours au cours du dernier mois, contre 42.9% des femmes (Gmel et al. 2014).

Souvent une consommation à risque. A côté de la consommation expérimentale ou occasionnelle de cannabis, c'est surtout la consommation à risque de cette substance qui, du point de vue de la santé, doit retenir l'attention. La consommation à risque est souvent identifiée au moyen de l'instrument de dépistage CUDIT (Cannabis Use Disorders Identification Test) (Adamson & Sellman, 2003). Au sein d'un sous-échantillon de 15-29 ans de l'enquête CoRoIAR de 2012, 5.1% des jeunes interrogé-e-s présentaient, selon le CUDIT, une consommation à risque, soit une proportion proche de celle enregistrée par le Monitoring Cannabis de 2004 (4.7%) (Marmet, Notari, & Gmel, 2013). C'est parmi les 20-24 ans que la prévalence de la consommation à risque s'établit au plus haut: 5.5% des personnes de ce groupe d'âge interrogées présentent une telle consommation. Chez les 15-19 ans, cette proportion atteint 3.7%. Enfin, les disparités liées au sexe observées dans la population générale des 15 ans et plus s'accroissent lorsqu'il s'agit de la consommation à risque: en 2012, 2.5% des hommes et 0.2% femmes interrogé-e-s présentaient, selon le CUDIT, une telle consommation.

1.2 Objectifs

Les résultats présentés ci-dessus sont issus d'enquêtes représentatives réalisées auprès de la population générale. Dans le présent numéro d'Eclairages, ces résultats sont complétés par ceux provenant du monitoring conduit dans le domaine de la prise en charge des dépendances.

Les analyses présentées ici ont pour objectif de répondre aux questions suivantes:

1. Comment les demandes de prise en charge ambulatoire ou résidentielle de client-e-s ayant le cannabis pour principal problème ont-elles évolué entre 2006 et 2012? A quelle fréquence ces personnes consomment-elles du cannabis?
2. Le profil des client-e-s ayant sollicité une prise en charge principalement pour des problèmes liés au cannabis a-t-il changé au cours de la période 2006-2012?
3. Comment la prévalence du cannabis comme problème secondaire a-t-elle évolué entre 2006 et 2012 parmi les client-e-s ayant une autre substance que le cannabis comme problème principal ?

1.3 Données utilisées et méthode

Les données utilisées dans ce numéro d'Eclairages – relevées de 2006 à 2012 – sont issues principalement des statistiques sectorielles *act-info* dans le domaine ambulatoire de l'aide psychosociale en matière de dépendance (SAMBAD) ainsi que dans les domaines de la thérapie résidentielle de l'alcoolodépendance (*act-info-Residalc*) et des drogues illicites (*act-info-FOS*). Seule une partie des données de la statistique du traitement par prescription d'héroïne (HeGeBe) et de la statistique nationale de la méthadone sont prises en compte dans les analyses, car la principale substance posant problème est, dans ces deux secteurs de prise en charge, par définition un opiacé. En 2012, 77 des 196 services de consultation ambulatoires existant en Suisse ont participé à SAMBAD (39%), 16 des 20 cliniques et centres de réhabilitation spécialisés en alcoologie ont pris part à *act-info-Residalc* (80%) et 46 des 58 établissements résidentiels spécialisés (drogues illicites) ont pris part à *act-info-FOS* (79%). Comme la participation au relevé auprès de la clientèle se fait sur une base volontaire dans les différents secteurs excepté HeGeBe, ces taux de participation peuvent être considérés comme relativement élevés.

Le système national de monitoring *act-info* comprend cinq secteurs de prise en charge qui correspondent aux statistiques sectorielles suivantes: statistique du secteur ambulatoire de l'aide psychosociale en matière de dépendance (SAMBAD), statistique du traitement résidentiel de l'alcoolodépendance (*act-info-Residalc*), statistique du traitement résidentiel de la toxicomanie (*act-info-FOS*), statistique du traitement avec prescription d'héroïne (HeGeBe) et statistique nationale de la méthadone. Conçu sur une base modulaire, mais comprenant des questions de base obligatoires pour les cinq secteurs de prise en charge, le système de monitoring de la clientèle collecte des informations sur les caractéristiques et la situation de vie des clients et clientes au moment de leur admission et de leur sortie de l'institution. Entrée en vigueur le 15 janvier 2014, l'Ordonnance concernant l'exécution des relevés statistiques fédéraux (Ordonnance sur les relevés statistiques, numéro 188) a jeté les bases légales pour l'obligation de relever des données dans le domaines des drogues illicites⁵. Ceci devrait entraîner une prochaine nouvelle hausse du taux de couverture et, ainsi, offrir de plus solides bases scientifiques. Au niveau suisse, le relevé des données *act-info* est effectué depuis 2004 (voir www.act-info.ch).

Les présentes analyses se basent pour l'essentiel sur les données des client-e-s enregistré-e-s par *act-info* et qui, sur la période 2006-2012, ont commencé une prise en charge spécialisée en matière de dépendance principalement pour des problèmes liés au *cannabis*. Les données de client-e-s ayant une autre substance que le cannabis comme problème principal n'ont été utilisées que pour la première question abordée ainsi que pour les analyses consacrées au cannabis comme problème secondaire.

Afin de pouvoir contrôler au moins partiellement les variations consécutives au caractère volontaire de la participation, seules les données des institutions ayant pris part au monitoring de façon constante sur la période 2006-2012 sont prises en compte dans les analyses présentées ici. Cette sélection permet de garantir que les différences observées ne sont pas dues à la variation du nombre ou du type d'institutions participantes entre les années d'observation.

⁵ Ordonnance concernant l'exécution des relevés statistiques fédéraux (Ordonnance sur les relevés statistiques) du 30 juin 1993 (Etat le 15 janvier 2014) (RS 431.012.1): www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19930224/index.html

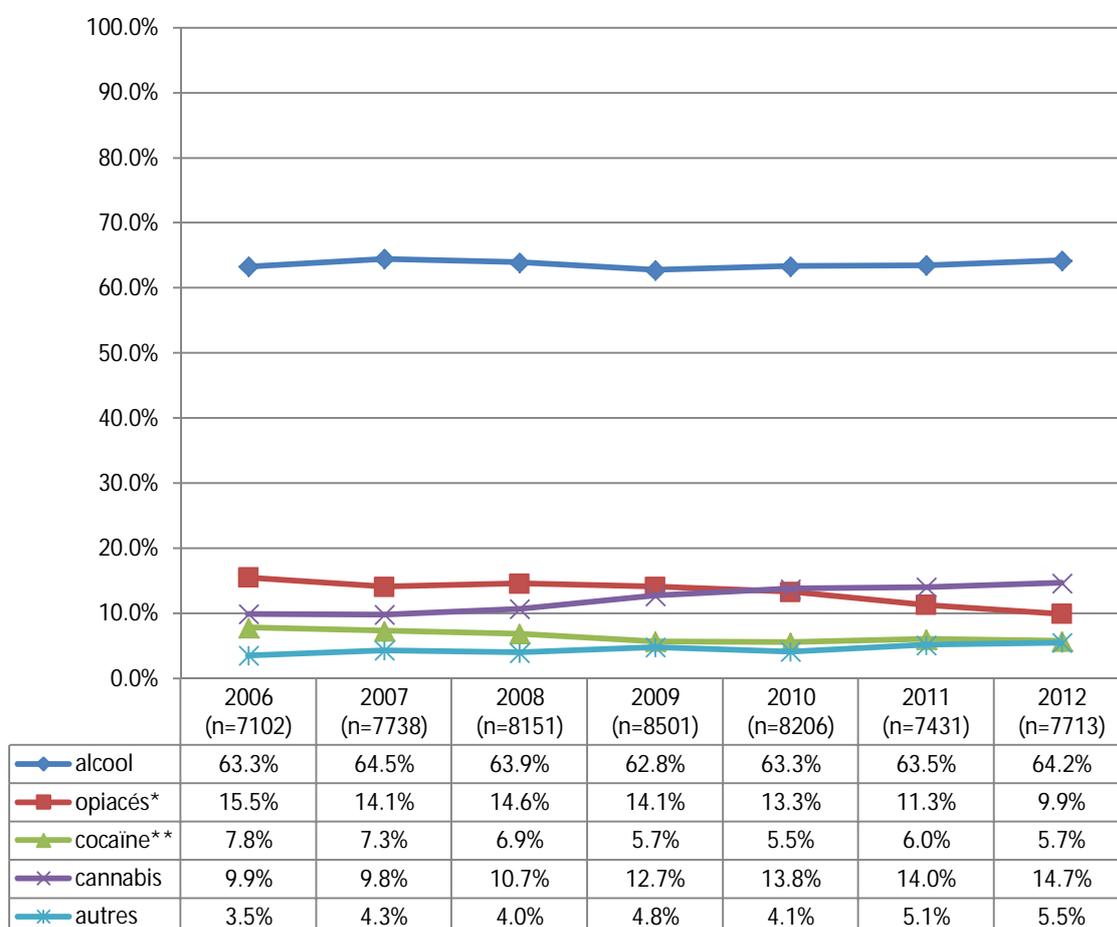
2. Résultats: Evolution des demandes de prise en charge par des client-e-s ayant le cannabis comme problème principal et modification de leur profil

2.1 Demandes de prise en charge ambulatoire ou résidentielle en raison de problèmes liés principalement au cannabis (2006-2012)

1. Comment les demandes de prise en charge ambulatoire ou résidentielle de client-e-s ayant le cannabis pour principal problème ont-elles évolué entre 2006 et 2012? A quelle fréquence ces personnes consomment-elles du cannabis?

Hausse de la demande. La figure 1 montre l'évolution, entre 2006 et 2012, de la proportion des client-e-s dont le principal problème est le cannabis qui ont débuté une prise en charge ambulatoire ou résidentielle, comparée à la proportion des client-e-s ayant une autre substance pour principal problème. On observe une augmentation de 4.8 points de pourcentage de la proportion des client-e-s pris-es en charge principalement pour des problèmes liés au cannabis, ce qui correspond à une hausse relative d'environ 50% sur une période de sept ans. Le *nombre* des client-e-s dont le problème principal est le cannabis a également augmenté, suggérant ainsi une hausse effective de la demande de prise en charge pour cette substance.

Figure 1: Evolution de la demande de prise en charge parmi les client-e-s enregistré-e-s par act-info, selon la principale substance posant problème et l'année d'enquête (seulement institutions ayant livré des données sur l'ensemble de la période d'observation)

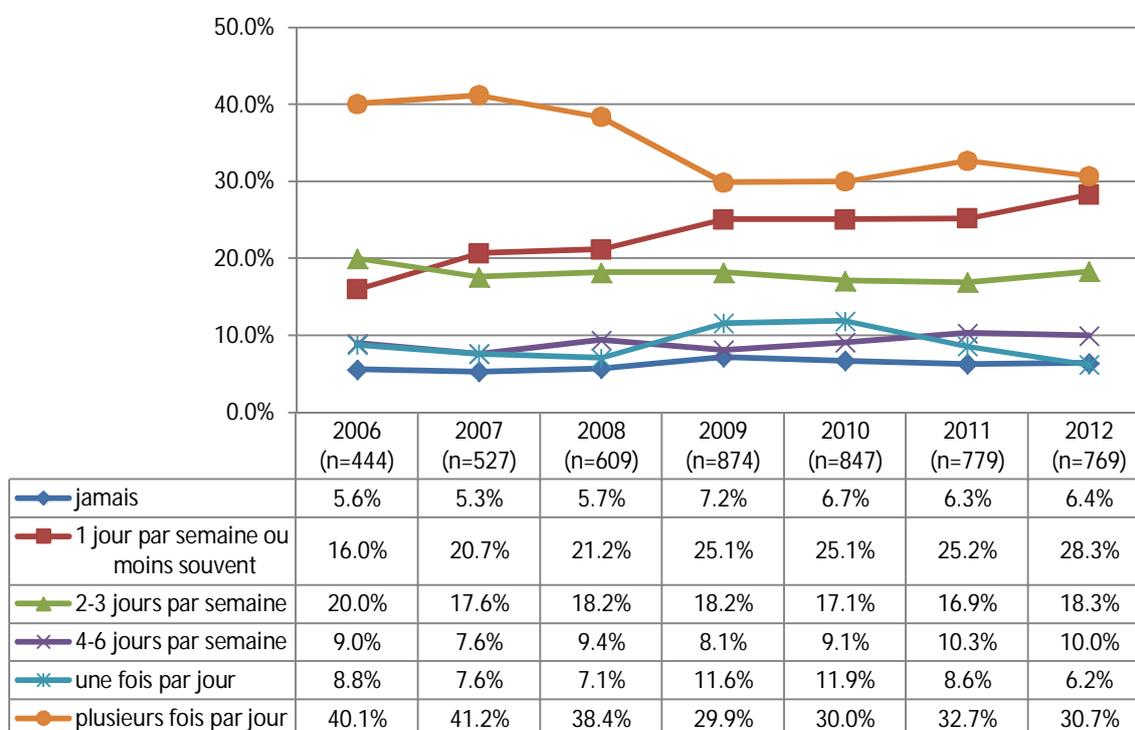


Remarques: *Opiacés = héroïne, méthadone et autres opiacés (p.ex. morphine ou codéine) ainsi que les cocktails (héroïne et cocaïne)
**Cocaïne = cocaïne, crack, freebase

2.2 Evolution de la fréquence de consommation de cannabis parmi les client-e-s ayant cette substance pour principal problème (2006-2012)

Consommation moins fréquente. La figure 2 illustre la fréquence de la consommation de cannabis *au cours des six mois ayant précédé l'admission* parmi les client-e-s ayant cette substance pour principal problème. Il s'avère que la fréquence moyenne a diminué: en 2006, 40.1% de ces client-e-s consommaient du cannabis plusieurs fois par jour, contre seulement 30.7% en 2012. Ce recul n'a cependant pas eu lieu en continu, mais avec quelques petites fluctuations. Parallèlement à cela, la proportion des client-e-s qui ont consommé du cannabis au maximum une fois par semaine, voire jamais au cours des six derniers mois, est passée de 21.6% à 34.7% (aussi avec des fluctuations).

Figure 2: Evolution de la fréquence de consommation de cannabis dans les six mois ayant précédé l'admission, parmi les client-e-s ayant cette substance pour principal problème enregistré-e-s par act-info, selon l'année d'enquête (seulement institutions ayant livré des données sur l'ensemble de la période d'observation)



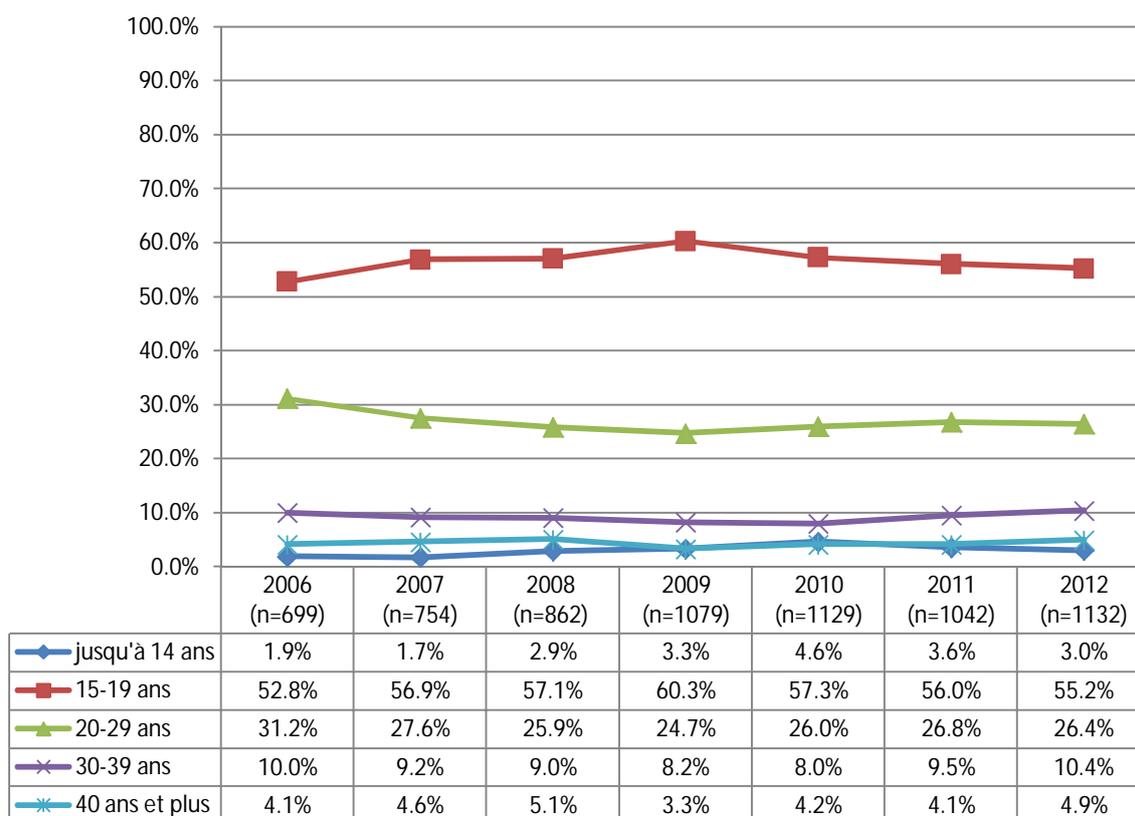
2.3 Evolution des caractéristiques sociodémographiques des client-e-s dont le principal problème est le cannabis (2006-2012)

2. Le profil des client-e-s ayant sollicité une prise en charge principalement pour des problèmes liés au cannabis a-t-il changé au cours de la période 2006-2012?

Sexe et nationalité. S'agissant du sexe, on observe sur la période 2006-2012 une proportion quatre fois plus élevée d'hommes que de femmes dont le principal problème est le cannabis [p.ex. 2012: 80.4% d'hommes (n = 910) et 19.6% de femmes (n = 222)]. L'écart entre les sexes était parfois même plus accentué au cours de la période d'observation [p.ex. 2010: 84.6% (n = 955) resp. 15.4% (n = 174)]. Et concernant la nationalité, une baisse de la proportion de client-e-s de nationalité suisse de 5 points de pourcentage peut être observée [2006: 89.4% (n = 551); 2012: 84.0% (n = 819)].

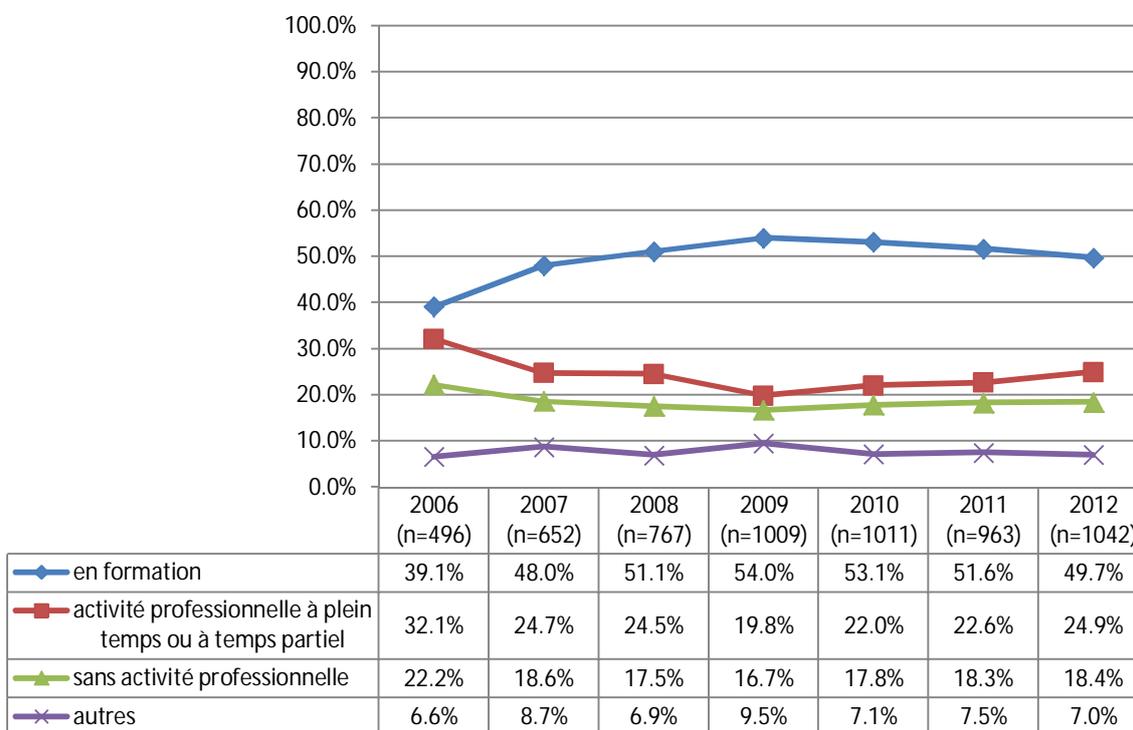
Jeune et en traitement. A l'instar de ce que l'on observe dans la population générale, le groupe d'âge le plus représenté est celui des 15-19 ans (figure 3): celui-ci représente plus de la moitié des client-e-s dont le principal problème est le cannabis. D'un bout à l'autre de la période d'observation, on décèle d'ailleurs une augmentation légère – et discontinue – de la proportion des jeunes client-e-s. La différence est de +1.1 points de pourcentage parmi les moins de 15 ans et de +2.4 points de pourcentage parmi les 15-19 ans. En 2009, on enregistrait près de 15% de plus de jeunes de 15-19 ans qu'en 2006; ensuite cette proportion a légèrement reculé.

Figure 3: Evolution de l'âge au moment de l'admission, parmi les client-e-s dont le principal problème est le cannabis enregistré-e-s par act-info, selon l'année d'enquête (seulement institutions ayant livré des données sur l'ensemble de la période d'observation)



De 2007 à 2012, entre un cinquième et un quart des client-e-s ayant le cannabis pour principal problème ont déclaré, au moment de leur admission, travailler à temps plein ou partiel, alors qu'en 2006 c'était le cas de 32.1% d'entre eux/elles (figure 4). Parallèlement à cela, la proportion des client-e-s qui étaient en formation au début de leur prise en charge a augmenté de plus de 10 points de pourcentage entre 2006 et 2012 (2012: 49.7%). Enfin, la proportion de ceux et celles n'exerçant pas d'activité professionnelle a, quant à elle, reculé de 3.8 points de pourcentage au cours la même période.

Figure 4: Evolution du statut professionnel au moment de l'admission, parmi les client-e-s dont le principal problème est le cannabis enregistré-e-s par act-info, selon l'année d'enquête (seulement institutions ayant livré des données sur l'ensemble de la période d'observation)

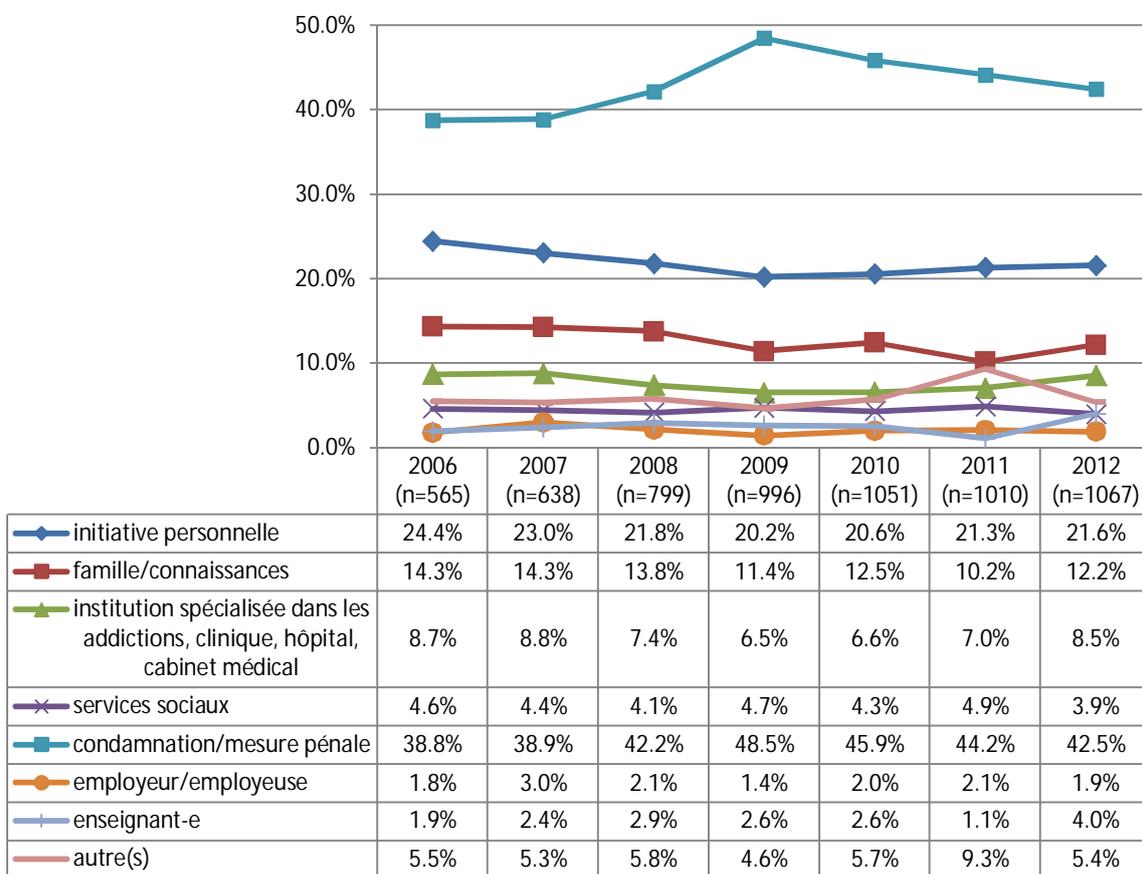


En majorité sans formation achevée ou uniquement scolarité obligatoire. La proportion de client-e-s dont le principal problème est le cannabis qui, au moment de leur admission, n'avaient pas (encore) achevé une formation au-delà de l'école obligatoire s'établit à environ 50% sur l'ensemble la période d'observation [minimum (2010) = 48.6% (n = 384); maximum (2011) = 54.6% (n = 489)]. La proportion de client-e-s qui, au moment de leur admission, n'avait achevé aucune formation (y compris école obligatoire) se situe quant à elle aux alentours de 20% depuis 2008 [p.ex. 2011: 19.8% (n = 177); 2012: 21.4% (n = 192)]. Ces résultats sont en adéquation avec la distribution asymétrique des âges des client-e-s pris-es en charge principalement pour des problèmes liés au cannabis. Les client-e-s qui, après l'enseignement obligatoire, ont entrepris et terminé une formation plus approfondie (p.ex. apprentissage, maturité, université) étaient proportionnellement moins nombreux en 2012 [27.7% (n = 249)] qu'en 2006 [38.1% (n = 184)].

En majorité pour la première fois en traitement. La proportion des client-e-s ayant le cannabis pour principal problème et qui, avant la prise en charge actuelle, avaient déjà suivi au moins un autre traitement pour un problème de dépendance oscille entre 24.5% (2009; n = 225) et 27.4% (2006; n = 154).

Moins de propre initiative. En 2012, une proportion un peu moins grande de client-e-s a répondu avoir débuté la prise en charge de leur propre initiative qu'en 2006 (2012: 21.6%, 2006: 24.4%; figure 5). En revanche, la proportion des prises en charge en raison de condamnations et mesures est passée de 38.8% en 2006 à 42.5% en 2012, soit près de +4 points de pourcentage. En 2009, celle-ci a atteint son maximum avec 48.5%. Par ailleurs, en 2012, les client-e-s ont davantage désigné que les années précédentes un-e enseignant-e comme ayant contribué pour la plus grande partie à leur demande d'admission (2012: 4.0%).

Figure 5: Evolution concernant la principale instance ou professionnel-le à l'origine de la prise en charge parmi les client-e-s dont le principal problème est le cannabis enregistré-e-s par act-info, selon l'année d'enquête (seulement institutions ayant livré des données sur l'ensemble de la période d'observation)



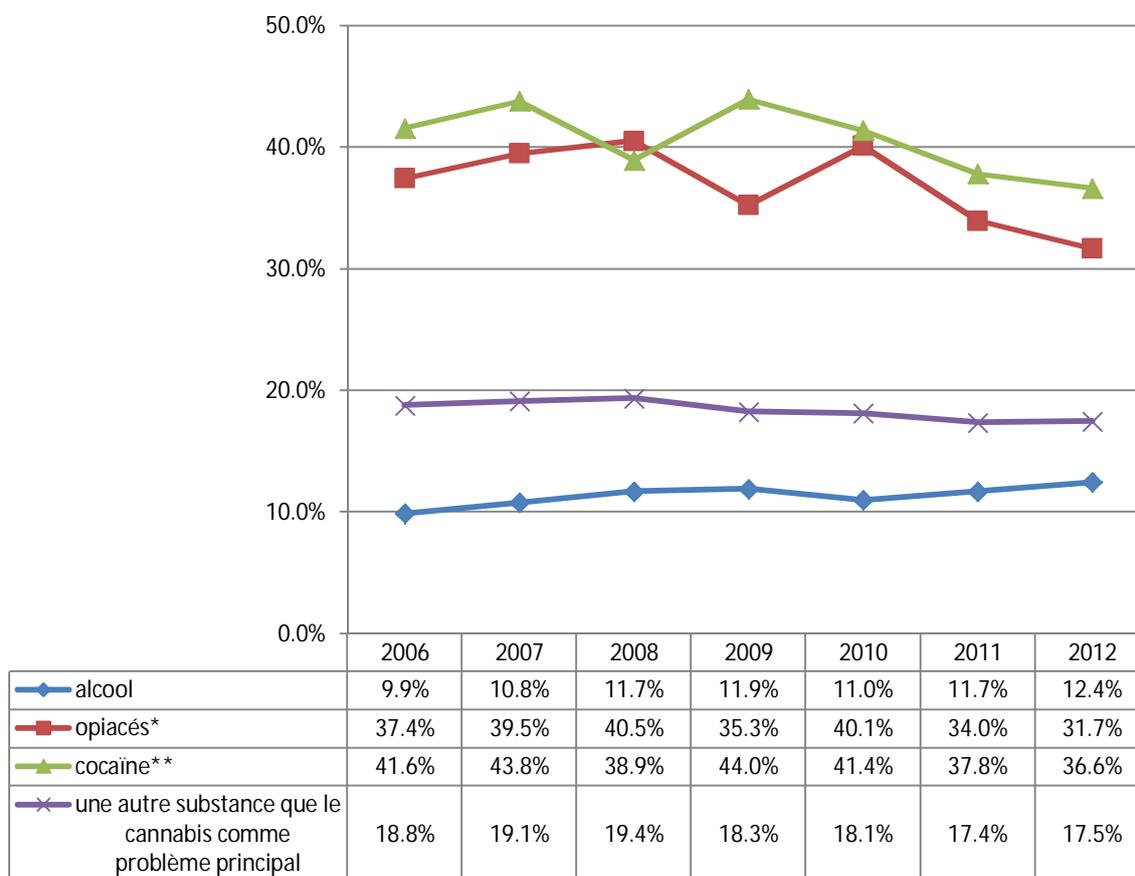
2.4 Le cannabis comme substance secondaire

3. Comment la prévalence du cannabis comme problème secondaire a-t-elle évolué entre 2006 et 2012 parmi les client-e-s ayant une autre substance que le cannabis comme problème principal ?

La figure 6 montre que la proportion des client-e-s chez lequel-le-s le cannabis n'est pas la principale substance posant problème mais une substance secondaire (ligne violette) n'a guère évolué entre 2006 et 2012. La proportion la plus basse est enregistrée en 2011 (17.4%) et la plus haute en 2008 (19.4%).

Si l'on considère les résultats en fonction du problème principal, il apparaît que la proportion de client-e-s ayant le cannabis pour problème secondaire est, tout au long de la période d'observation, environ trois ou quatre fois plus élevée parmi les client-e-s ayant les opiacés resp. la cocaïne pour principal problème que parmi celles et ceux dont le problème principal est l'alcool. Dans ce dernier groupe de client-e-s, la proportion a eu tendance à augmenter entre 2006 (9.9%) et 2012 (12.4%), tandis que parmi les client-e-s ayant les opiacés resp. la cocaïne pour principal problème, elle a varié entre 31.7% (2012) et 40.5% (2008) resp. entre 36.6% (2012) et 44.0% (2009).

Fig. 6: Evolution de la proportion des client-e-s ayant le cannabis comme substance secondaire, selon la principale substance posant problème et selon l'année d'enquête (seulement institutions ayant livré des données sur l'ensemble de la période d'observation)



Remarques: *Opiacés = héroïne, méthadone et autres opiacés (p.ex. morphine ou codéine) ainsi que les cocktails (héroïne et cocaïne)

**Cocaïne = cocaïne, crack, freebase

Alcool: n min= 290 (2006), n max= 444 (2012)

Opiacés: n min= 190 (2012), n max= 342 (2008)

Cocaïne: n min= 137 (2010, 2012), n max= 202 (2007)

Autre principale substance posant problème: n min= 808 (2006), n max= 989 (2008)

3. Discussion

Le cannabis est un thème actuel de politique sanitaire. Différents modèles de régulation du marché en matière de possession et de consommation de cannabis font à ce jour l'objet d'intenses discussions. Le cannabis est consommé principalement par des adolescent-e-s et des jeunes adultes et les données disponibles ne suggèrent pas de hausse à long terme de la prévalence de la consommation actuelle de cannabis au sein de la population suisse.

L'analyse des données du système national de monitoring act-*info* livre d'intéressants résultats: la proportion des client-e-s qui ont commencé une prise en charge ambulatoire ou résidentielle des dépendances principalement pour des problèmes liés au cannabis s'est accrue de près de 5 points de pourcentage entre 2006 et 2012 pour atteindre 14.7% en fin de période. Parallèlement à cela, la proportion des client-e-s qui, avant leur admission, consommaient du cannabis plusieurs fois par jour a reculé (- 9.4 points de pourcentage). En définitive, aussi bien la proportion que le nombre des client-e-s ayant le cannabis pour principal problème sont à la hausse, tandis que la consommation de cannabis de ces mêmes client-e-s – tout du moins du point de vue de la fréquence de consommation – paraît moins marquée. Ce constat pourrait s'expliquer par une possible sensibilisation accrue de la

population générale, durant la période d'observation, aux risques associés à la consommation de cannabis, sensibilisation qui se manifesterait par des demandes de prise en charge pour des problèmes liés à cette substance devenant de plus en plus précoces. Un des aspects qui pourrait avoir contribué à ce possible processus de sensibilisation est tout d'abord le nombre croissant de publications internationales faisant état de risques accrus en lien avec la consommation de cannabis, ce en raison de nouveaux procédés de production et, en conséquence, de l'élévation du taux de THC dans les produits du cannabis (EMCDDA, 2008, 2014). Par ailleurs, on peut supposer que la problématique du cannabis est de plus en plus considérée dans les écoles en recourant aux recommandations de bonnes pratiques (p.ex. au moyen d'une brochure telle que « Ecole et cannabis. Règles, mesures et détection précoce. Guide à l'intention des enseignants et des établissements. » parue en 2004).⁶ Le fait que les enseignant-e-s soient désigné-e-s deux fois plus souvent en 2012 que les années précédentes comme ayant été à l'initiative de la prise en charge semble confirmer une intensification des efforts en matière de dépistage précoce en milieu scolaire. Dans ce contexte, on peut également mentionner l'apparition d'offres spécifiques telles que le programme « Intervention précoces » (IP) lancé en 2006 par l'Office fédéral de la santé publique.

L'analyse du profil de la clientèle montre que les client-e-s dont le principal problème est le cannabis sont majoritairement des hommes. Ce constat est en adéquation avec de nombreux autres résultats relatifs à des populations en traitement ou à la population générale et concernant différentes principales substances posant problème (www.suchtmonitoring.ch). Par ailleurs, la clientèle ayant le cannabis comme principale substance posant problème se compose en majorité de jeunes âgé-e-s de 19 ans ou moins. A ce propos, nos résultats indiquent une légère hausse des demandes de prise en charge ambulatoire ou résidentielle de la part de jeunes client-e-s, en particulier entre 2006 et 2009. Cette tendance va dans le sens de l'augmentation de la prévalence de la consommation actuelle de cannabis observée entre 2006 et 2010 parmi les élèves de 14-15 ans dans le cadre de l'enquête HBSC. Parallèlement à cela, les offres à bas seuil destinées aux adolescent-e-s, par exemple sous la forme de plateformes en ligne telles que www.feel-ok.ch, www.tschau.ch (prestations existant seulement en allemand) et www.ciao.ch (prestation existant seulement en français) ont peut-être contribué à l'augmentation globale des demandes d'aide pour problèmes liés au cannabis. Au vu de nos résultats, la proportion des client-e-s admis-e-s suite à une condamnation ou mesure a également augmenté, ce qui pourrait aussi être mis en rapport avec le léger rajeunissement de la clientèle dont le problème principal est le cannabis. Il reste cependant à examiner si et jusqu'à quel point la prise en charge de très jeunes client-e-s sur la base d'une mesure peut s'avérer efficace.

La proportion des client-e-s ayant un emploi à temps plein ou partiel a diminué au fil des ans, tandis que celle des client-e-s qui étaient en cours de formation lors de leur admission s'est accrue de plus de 10 points de pourcentage. En outre, la moitié des client-e-s act-*info* ayant le cannabis pour principal problème ont terminé l'école obligatoire mais pas de formation ultérieure; une proportion substantielle des client-e-s (environ 20%) ne sont pas (encore) arrivé-e-s au terme de la scolarité obligatoire. Ceci concorde avec la légère tendance au rajeunissement de la clientèle mentionnée plus haut. Les années de l'école (post)obligatoire constituent une phase cruciale d'apprentissage en vue de l'entrée des adolescent-e-s et jeunes adultes dans la vie professionnelle. Or, une consommation régulière de cannabis représente un risque potentiel pour cette période déterminante de l'existence (Hall, 2014) ainsi que pour leur avenir sur le marché du travail (Silins et al., 2014). Il semble dès lors

⁶ www.addictionsuisse.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/ecole_cannabis.pdf, Etat au 01.10.2014

que le repérage précoce des problèmes liés au cannabis en particulier auprès des jeunes avant la fin de leur formation soit particulièrement importante.

S'agissant de la proportion de client-e-s ayant le cannabis pour problème secondaire, qui se situe aux alentours de 18%, aucune tendance claire n'a été observée entre 2006 et 2012. En 2012, la proportion des client-e-s qui ont mentionné le cannabis comme problème secondaire était environ trois fois plus élevée chez les client-e-s ayant la « cocaïne » resp. les « opiacés » comme principal problème que parmi les client-e-s dont le principal problème est l'« alcool ». Le fait que la consommation de cannabis soit moins répandue parmi les client-e-s dont le principal problème est l'alcool s'explique peut-être par des caractéristiques sociodémographiques et de style de vie différentes (âge, fréquentation des milieux festifs, accès au marché des drogues illicites). En effet, les client-e-s ayant principalement des problèmes d'alcool sont en moyenne plus âgé-e-s que ceux/celles dont le principal problème est la cocaïne resp. les opiacés (Maffli, Delgrande Jordan, Schaaf, Dickson-Spillmann & Künzi, 2013). Par ailleurs, une explication possible de la combinaison des opiacés resp. de la cocaïne avec (entre autres) le cannabis pourrait bien être en rapport avec le caractère illégal de ces substances. En effet, pour les personnes dont le principal problème est l'alcool, le seuil à franchir pour consommer une drogue illicite telle que le cannabis est peut-être plus haut que pour celles faisant déjà usage d'une substance illicite et qui, de plus, présentent souvent un usage de substances multiples. Pour les client-e-s dont le problème principal est la « cocaïne » resp. les « opiacés », qui ont déjà accès au marché des substances illicites, il est plus aisé de se procurer une autre substance. Comme nos données ne renseignent pas sur les styles de consommation de *toutes* les substances psychotropes, nous ne pouvons pas nous prononcer sur la question de savoir si les client-e-s ayant la « cocaïne » resp. les « opiacés » pour problème principal recherchent un effet d'interaction avec le cannabis ou si l'usage de ce produit intervient indépendamment de celui des autres substances psychotropes.

Limitations. Une limitation de cette étude réside dans le fait que toutes les institutions existant en Suisse ne participent pas aux statistiques sectorielles SAMBAD, act-info-Residalc et act-info-FOS. C'est pourquoi nos résultats ne sont éventuellement pas représentatifs de l'ensemble des client-e-s des secteurs ambulatoire et résidentiel de prise en charge des dépendances.

4. Conclusions

Nos résultats montrent qu'en moyenne, sur la période s'étendant de 2006 à 2012, la clientèle prise en charge de façon ambulatoire ou résidentielle pour des problèmes liés principalement au cannabis fait une consommation de moins en moins intensive de ce produit et présente un léger rajeunissement. En conformité avec leur fréquent jeune âge, ces client-e-s sont proportionnellement toujours plus nombreux/ses à ne pas avoir (encore) achevé de formation ou seulement l'école obligatoire et à avoir été adressé-e-s par leur enseignant-e. Ceci suggère une possible sensibilisation croissante au sein de la population générale sur le thème « cannabis ». Ceci laisse en outre supposer que le repérage précoce des problèmes liés à la consommation de cannabis, en particulier dans le milieu éducatif, est mis en œuvre de manière toujours plus efficace.

Dans le futur, il sera important de poursuivre les efforts de sensibilisation en matière de consommation de cannabis et des risques qui en découlent pour les adolescent-e-s. Au cours des dernières années, des projets prometteurs ont vu le jour qui, par le biais d'interventions et d'offres basées sur des SMS ou Internet, donnent l'accès à la population cible des adolescent-e-s et des jeunes adultes. A côté des mesures de prévention et des tests auto-administrés permettant

l'évaluation de son propre comportement de consommation de cannabis, disponibles en partie dans trois régions linguistiques (p.ex. feel-ok.ch, checken.ch, coraggio.ch, ciao.ch, stop-cannabis.ch), on trouve une série d'offres de consultation en ligne destinées aux consommateurs/trices de cannabis telles que safezone.ch (conseils en ligne à propos des addictions; prestation existant en allemand et en italien) ou la plateforme anonyme pour le cours CANreduce (prestation disponible seulement en allemand) destiné aux personnes dont la consommation de cannabis est problématique et qui souhaitent la réduire (Schaub et al., 2013). La prévention et les interventions par voie électronique sont prometteuses en particulier chez les adolescent-e-s. Ces plateformes viennent compléter les offres de consultation ambulatoire existantes, car ces aides à bas seuil – comparées au fait de se rendre personnellement dans un service de consultation – peuvent être sollicitées de façon anonyme et sans engagement. De plus, les conseils par courriel sont aujourd'hui déjà une prestation proposée par de nombreux services de consultation ambulatoires. Reste à savoir dans quelle mesure les consultations anonymes à bas seuil basées sur Internet et destinées aux consommateurs/trices de cannabis peuvent déboucher sur une thérapie en milieu ambulatoire et si les consultations en ligne assurées par des psychothérapeutes devraient faire partie du système national de monitoring *act-info*.

5. Littérature

- Adamson, S., & Sellman, J. D. (2003). A prototype screening instrument for cannabis use disorder: the Cannabis Use Disorders Identification Test (CUDIT) in an alcohol-dependent clinical sample. *Drug and Alcohol Review*.
- EMCDDA. (2008). *A cannabis reader: global issues and local experiences. Perspectives on cannabis controversies, treatment and regulation in Europe*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- EMCDDA. (2014). *Rapport européen sur les drogues. Tendances et évolutions*. Luxembourg: Office des publications de l'Union européenne. doi:10.2810/32680
- Gmel, G., Kuendig, H., Notari, L & Gmel, C. (2014). *Monitoring suisse des addictions: consommation d'alcool, tabac et drogues illégales en Suisse en 2013*. Lausanne: Addiction Suisse.
- Hall, W. (2014). What has research over the past two decades revealed about the adverse health effects of recreational cannabis use? *Addiction*. doi:10.1111/add.12703
- Maffli, E., Delgrande Jordan, M., Schaaf, S., Dickson-Spillmann, M., Künzi, U. (2013). *Rapport annuel act-info 2012. Prise en charge et traitement des dépendances en Suisse - Résultats du système de monitoring*. Berne: Office fédéral de la santé publique (OFSP).
- Marmet, S., Notari, L., & Gmel, G. (2013). *Suchtmonitoring Schweiz – Themenheft zum problematischen Cannabisgebrauch in der Schweiz im Jahr 2012*. Lausanne: Sucht Schweiz.
- NAS-CPA. (2014). *Régulation du marché en matière de politique des drogues. Position générale de la Coordination politique des addictions NASCPA*. Retrieved from http://www.nas-cpa.ch/fileadmin/documents/grundpositionen/FR_NAS_Grundlagenpapier_ueberarbeitet_V6.pdf
- Notari, L., Le Mével, L., Delgrande Jordan, M., & Maffli, E. (2014). *Zusammenfassende Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragungen 2012, 2007, 2002, 1997 und 1992 hinsichtlich des*

Konsums von Tabak, Alkohol, Medikamenten und illegalen Drogen (Forschungsbericht Nr. 70):
Sucht Schweiz.

Schaub, M. P., Haug, S., Wenger, A., Berg, O., Sullivan, R., Beck, T., & Stark, L. (2013). Can reduce--the effects of chat-counseling and web-based self-help, web-based self-help alone and a waiting list control program on cannabis use in problematic cannabis users: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, *13*, 305. doi:10.1186/1471-244X-13-305

Silins, E., Horwood, L. J., Patton, G. C., Fergusson, D. M., Olsson, C. A., Hutchinson, D. M., ... Mattick, R. P. (2014). Young adult sequelae of adolescent cannabis use: an integrative analysis. *The Lancet Psychiatry*, *1*(4), 286–293. doi:10.1016/S2215-0366(14)70307-4

Zobel, F., & Marthaler, M. (2014). Des Rocky Mountains aux Alpes: Nouveaux développements concernant la régulation du marché du cannabis. Lausanne. Retrieved from http://www.addictionsuisse.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/Rapport_RegulationDuCannabis_AddictionSuisse_2014.pdf