

## Lettre Thématique : tabac et cannabis

Selon les données présentées sur le site de l'OFDT (<http://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/cannabis/#sd>), le cannabis est de loin la substance illicite la plus consommée en France. Parmi les 18-64 ans, 42% l'ont déjà expérimenté (50% parmi les hommes et 33% parmi les femmes) et 11% déclarent en avoir consommé au cours de l'année (15% parmi les hommes, 7% parmi les femmes). La proportion d'usagers au cours du dernier mois atteint 6%, ces usages étant principalement le fait des plus jeunes générations : 17% des 18-25 ans ont fumé du cannabis au cours du mois écoulé, 8% en sont usagers réguliers et 4% usagers quotidiens. Après avoir presque doublé au cours des années 1990, l'usage de cannabis au cours de l'année ou au cours du mois se sont stabilisés depuis 2000. Depuis 2011 les indicateurs de consommation de cannabis repartent à la hausse.

Le cannabis est la première substance illicite consommée par les collégiens. Son expérimentation progresse rapidement entre 11 et 15 ans. En 2010, l'expérimentation du cannabis concerne un collégien sur dix. De marginale en classe de sixième (1,5%), l'initiation au cannabis concerne pratiquement un adolescent sur quatre en troisième. À la fin de l'adolescence (en 2014), 47,8% des jeunes de 17 ans déclarent avoir fumé du cannabis au cours de leur vie (41,5% en 2011). Plus d'un sur quatre (25,5% - 21,9% des filles et 29,1% des garçons) déclare avoir consommé du cannabis au cours du dernier mois (principalement le week-end). Chez les jeunes de 17 ans, il y a eu une augmentation du niveau d'expérimentation chez les garçons et les filles entre 2011 et 2014 (alors qu'on avait observé une baisse à partir de 2003). Les niveaux d'expérimentation (47,8%) de consommation mensuelle (25,5%) et de consommation régulière (9,2%) se rapprochent des pics de 2003, respectivement de 50,3%, 30,7% et 10,6%.

**Tableau 1 - Estimation du nombre de consommateurs de substances psychoactives en France métropolitaine parmi les 11-75 ans**

	Produits illicites				Produits licites	
	Cannabis	Cocaïne	Ecstasy	Héroïne	Alcool	Tabac
Expérimentateurs	17,0 M	2,2 M	1,7 M	600 000	46,9 M	38,2 M
dont usagers dans l'année	4,6 M	450 000	400 000	//	42,8 M	16,0 M
dont usagers réguliers	1,4 M	//	//	//	8,7 M	13,3 M
dont usagers quotidiens	700 000	//	//	//	4,6 M	13,3 M

Sources : Baromètre Santé 2014 (INPES), ESCAPAD 2014 (OFDT), ESPAD 2011 (OFDT), HBSC 2010 (rectorat de Toulouse)  
// : non disponible car la méthode d'enquête ne permet pas une telle estimation.

**Définitions :**

- Expérimentation : au moins un usage au cours de la vie (cet indicateur sert principalement à mesurer la diffusion d'un produit dans la population).
- Usage dans l'année ou usage actuel : consommation au moins une fois au cours de l'année ; pour le tabac, cela inclut les personnes déclarant fumer actuellement, ne serait-ce que de temps en temps.
- Usage régulier : au moins trois consommations d'alcool dans la semaine, tabac quotidien, et consommation de cannabis d'au moins 10 fois au cours du mois.

NB : la population française âgée de 11-75 ans est d'environ 50,1 millions (INSEE, 2015).

Ces chiffres sont des ordres de grandeur et doivent être lus comme des données de cadrage. En effet, une marge d'erreur existe même si elle s'avère raisonnable. Par exemple, 17,0 millions d'expérimentateurs de cannabis signifie que le nombre d'expérimentateurs se situe vraisemblablement entre 16 et 18 millions.

M = millions

## Un outil pour détecter l'usage problématique

Afin de mieux cerner et de pouvoir évaluer ces usages problématiques, l'OFDT a développé un outil de repérage : le [Cannabis Abuse Screening Test \(CAST\)](#) à partir des principaux critères de détermination de l'abus et de l'usage nocif issus des diagnostics du DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4ème édition) et de la CIM 10 (Classification Internationale des Maladies - 10ème version). L'objectif était de fournir une description des usages problématiques indépendamment de la fréquence d'usage à partir des enquêtes en population générale menées en France.

Parmi les usagers actuels de cannabis, 21% sont identifiés comme des usagers à risque faible, et 20% à risque élevé d'abus ou de dépendance. Ramené à l'ensemble de la population, 1,7% des 15-64 ans présenteraient ainsi un risque élevé d'usage problématique (2,7% des hommes et 0,8% des femmes).

## ● L'usage du cannabis est-il un risque pour le développement d'un tabagisme régulier ?

**Becker J et al. BMC Public Health. 2015 Sep 2;15:843.**

Article en libre accès : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4556311/>

Si le tabagisme peut être une porte d'entrée pour l'utilisation du cannabis, l'inverse a aussi été observé, et il semble que la probabilité de progresser d'une consommation de tabac occasionnelle à une consommation quotidienne et une plus forte dépendance soit plus forte chez les utilisateurs de cannabis.

Cette étude est basée sur une cohorte de jeunes hommes qui ont répondu à un questionnaire à l'occasion de leur visite de recrutement pour le service militaire ou civil suisse. Ce service est obligatoire en Suisse et les jeunes sont appelés à 19 ans. Le recrutement pour l'étude a eu lieu en 2010 et 2011 dans 21 des 26 cantons suisses. Les participants ont rempli le questionnaire soit en ligne, soit par courrier (et recevaient un bon d'achat de 30 Francs suisses). Un questionnaire de suivi a été réalisé 15 mois plus tard (récompensé de la même façon), et au cours de ces 15 mois, ils étaient invités à confirmer ou modifier leurs coordonnées à 2 occasions (récompensés par 5 FS). Sur les 13245 conscrits informés de l'étude, 7563 (57,1%) ont accepté de participer, et 5990 d'entre eux (79,2%) ont rempli le questionnaire de base. Le questionnaire de suivi a été rempli par 5223 participants (87,2%). Après avoir exclu 1275 (21,3% des 5990) participants qui étaient déjà fumeurs quotidiens, et 485 (8,1%) participants pour qui des données étaient manquantes, l'échantillon final était de 4230 jeunes hommes de 19 ans.

Le but de l'étude était de déterminer les facteurs prédictifs du passage du statut de non-fumeur ou fumeur occasionnel (maximum 5-6 jours par semaine) à celui de fumeur quotidien de tabac lors du questionnaire de suivi 15 mois plus tard. Les facteurs prédictifs étaient les données socio-démographiques (âge, éducation, situation familiale, moyens de subsistance, fratrie), la religiosité (croyance, pratique), la santé physique et mentale, la situation parentale, l'utilisation de substances licites ou illicites, et les traits de personnalité.

Des analyses univariées (régression logistique) ont été utilisées pour tester la valeur prédictive de chaque type de variable, puis une analyse multivariée a été réalisée en utilisant seulement les variables les plus pertinentes selon les analyses univariées.

Lors de l'enquête initiale, 2824 (66,8%) participants ont déclaré n'avoir pas fumé au cours des 12 derniers mois, et 1406 (33,2%) avoir fumé occasionnellement, dont 216 (5,1%) fumant 5-6 jours par semaine, 139 (3,3%) fumant 3-4 jours par semaine, 202 (4,8%) fumant 1-2 jours par semaine, 240 (5,7%) fumant 2-3 jours par mois, et 609 (14,4%) fumant 1 fois par mois ou moins.

Lors de l'enquête de suivi, 269 (6,4%) participants sur les 4230 sont devenus fumeurs quotidiens. Selon l'analyse multivariée, les facteurs les plus prédictifs de la progression vers une consommation quotidienne de tabac étaient le fait d'avoir consommé du cannabis (sans usage problématique selon l'échelle CUDIT ou Cannabis Use Disorder Identification Test, OR=1,52; 1,10-2,09; p=0,011 ou avec usage problématique OR=3,06; 2,00-4,67; p<0,001) et/ou d'avoir été fumeur occasionnel (OR=3,02; 1,99-4,58; p<0,001) au cours des 12 derniers mois, et le fait d'avoir fumé plus de 50 cigarettes dans leur vie (OR=4,22; 2,89-6,16; p<0,001) (le critère international utilisé habituellement pour déterminer si quelqu'un est non-fumeur est une consommation de moins de 100 cigarettes vie entière). Les autres facteurs prédictifs étaient un niveau d'éducation plus bas (inférieur au Lycée),

alors qu'au contraire, ceux ayant au moins un niveau de Lycée avaient moins de chances de devenir fumeurs quotidiens (OR=0,45; IC 95% 0,32-0,65; p<0,001), ne pas avoir de religion (par rapport à ceux se déclarant de religion chrétienne, OR=1,42; 1,03-1,97; p=0,035; les autres religions ne se distinguant pas de la religion chrétienne), avoir grandi dans une famille recomposée avec un seul de leurs parents (par rapport à ceux ayant vécu avec leurs deux parents, OR=2,16; 1,34-3,49; p=0,002), avoir eu des pairs atteints de maladie psychiatrique (OR=1,35; 1,02-1,78; p=0,038), et être plus sociable (selon l'échelle ZKPQ ou questionnaire de personnalité de Zuckerman-Kuhlman, OR=1,12; 1,04-1,20; p=0,002). Toutes les variables incluses dans l'analyse multivariée permettaient d'expliquer 27,9% de la variance totale, mais celles concernant le cannabis et le tabac permettaient d'en expliquer 25,1% à elles seules.

Les résultats de cette étude, bien qu'issus d'une cohorte (étude prospective), sont toutefois à prendre avec précaution. D'abord, l'échantillon de participants étant devenu fumeur quotidien est relativement faible (n=269), et le questionnaire de suivi est limité aux 12 derniers mois, et non pas aux 15 mois séparant les deux enquêtes. De plus, les fumeurs occasionnels lors de l'enquête initiale, incluaient des personnes fumant jusqu'à 5-6 jours par semaine (n=216), ce qui représente déjà une consommation importante. Par ailleurs, les auteurs font remarquer qu'en Suisse, comme c'est aussi le cas en France et dans d'autres pays, le cannabis est souvent consommé avec du tabac ce qui pourrait avoir une influence indépendante de celle du cannabis, Agrawal et Lynskey (Drug Alcohol Depend. 2009;99:240-7) ayant montré que le fait de fumer du tabac était significativement associée à la consommation et à la dépendance au cannabis, alors que ce n'est pas le cas avec le tabac non-fumé. Le fait que les deux substances soient consommées par inhalation rendant certainement le développement de la dépendance plus rapide.

## ● Co-dépendance tabac et cannabis.

**Agrawal A et al. *Addiction*. 2012 July; 107(7): 1221-1233.**

Article en libre accès : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3397803/>

Cet article est une revue de la littérature scientifique. Le graphique ci-dessous montre que les prévalences d'utilisation du cannabis et du tabac sont fortement liées.

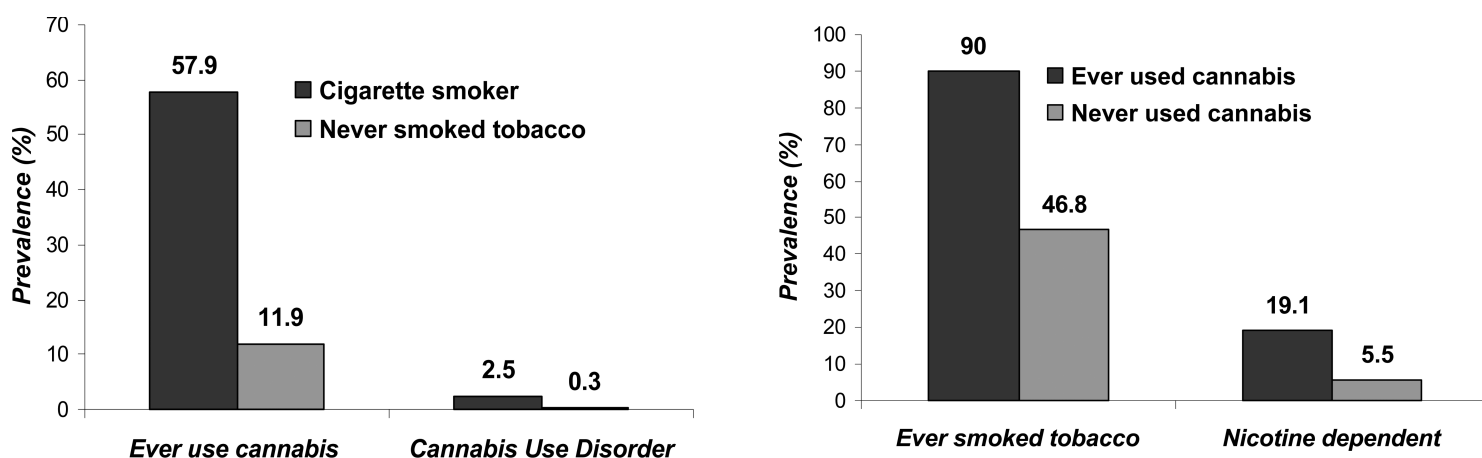


Figure : Prévalence de l'utilisation de cannabis (chez les fumeurs et les non-fumeurs) et du tabagisme (chez les utilisateurs de cannabis et les non-utilisateurs) chez tous ceux qui en ont consommé, et chez les personnes dépendantes au cannabis (selon le DSM-IV) ou à la nicotine (selon le FTND) chez les personnes de 12 ans et plus aux USA en 2009, enquête National Household Survey of Drug Use and Health.

L'un des premiers aspects passés en revue qui permettrait d'expliquer la fréquence de co-utilisation serait d'ordre génétique. L'héritabilité (noté  $h^2$ ), montrant l'influence de facteurs génétiques dans la consommation de différents produits, est de 75% pour le tabac, 48% pour le cannabis, 60% pour la dépendance à la nicotine, et de 50 à 60% pour l'abus ou la dépendance au cannabis. Et les études sur les jumeaux montrent que ces prédispositions génétiques se recoupent pour ces deux substances, même si les facteurs environnementaux sont aussi très importants (influence des parents, des pairs, facilité d'obtention du produit, etc...).

Comme dans l'article précédent, le fait que ces deux substances s'administrent principalement par la voie pulmonaire (inhalation), et que le cannabis est souvent fumé avec du tabac, jouent certainement un rôle prépondérant. Nous savons que l'administration pulmonaire est la voie la plus rapide pour l'administration d'une

substance psychoactive et que la force de la dépendance est d'autant plus grande que le délai entre l'administration et le renforcement au niveau central (cerveau) est court (rappel : l'inhalation apporte la nicotine au cerveau plus rapidement qu'une intraveineuse). Il est possible aussi que les fumeurs, étant habitués à inhaler la fumée de tabac, ont moins d'expériences négatives avec le cannabis lors des premières utilisations et que cela facilite l'expérimentation et l'installation d'une consommation régulière, et inversement.

Un autre aspect commun aux deux consommations est la similitude des symptômes de sevrage. Dans la nouvelle édition du DSM (DSM-V), les symptômes de sevrage au cannabis ont été ajoutés pour la dépendance au cannabis. Beaucoup de ces symptômes (colère, agressivité ou irritabilité, nervosité ou anxiété, troubles du sommeil, perte de l'appétit ou perte de poids, agitation, humeur dépressive, mal de ventre (estomac), tremblements) se retrouvent dans le sevrage tabagique. L'expérience subjective de ces symptômes et leur rôle dans la difficulté à maintenir l'abstinence semblent jouer un rôle comparable.

Le problème du sevrage de l'une des deux substances lors de consommation double est souvent mis en avant par les tabacologues. Il paraît en effet difficile de se sevrer de l'une des deux seulement si l'on continue de consommer l'autre. C'est un problème reconnu dans certaines études (ex : Stapleton et al. *Nicotine Tob Res.* Jun; 2009 11(6):685-9 ; Gourlay et al. *BMJ.* Oct 1; 1994 309(6958):842-6), où la persistance d'une consommation de cannabis diminue les chances de succès de l'arrêt du tabac. Cependant, peu d'études ont été consacrées au sujet de l'arrêt simultané du cannabis et du tabac, au contraire par exemple de l'alcool et du tabac. Aucun médicament n'étant spécifiquement indiqué pour l'arrêt du cannabis (le principal traitement employé étant les thérapies comportementales), il n'existe pas de recommandations cliniques spécifiques pour l'arrêt simultané ou successif des deux substances. Cependant, certains tabacologues utilisent de fortes doses de substituts nicotiques qui semblent avoir une certaine efficacité sur l'abstinence au cannabis. Les études cliniques restent cependant à faire.

## ● Utilisation du cannabis chez les jeunes suédois et risques de désocialisation : résultat d'une cohorte suivie pendant 20 ans.

**Danielsson AK et al. *Addiction.* 2015 Nov;110(11):1794-802.**

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26172111>

Cet article a examiné si la consommation de cannabis à 18 ans était liée au chômage ou à l'obtention d'une aide sociale (équivalent du RSA en France) à l'âge de 40 ans chez les hommes suédois.

Pour cela, les auteurs ont utilisé les données recueillies lors de la visite pour le service militaire (entre 18 et 20 ans) de 49321 hommes nés en 1949-51. Cette cohorte représentait entre 97% et 98% des suédois âgés de 18 ans à l'époque (1969-70), 2% à 3% étant exemptés pour handicap sévère ou maladies congénitales. Deux questionnaires étaient remplis, l'un sur les données socio-démographiques (famille, niveau social, performances scolaires, comportement, facteurs psychologiques, santé) et l'autre sur la consommation d'alcool, de tabac, et de drogues illicites. Un examen d'aptitude physique et médical et de fonctionnement psychologique (incluant une mesure de QI) avait aussi lieu. Tous les diagnostics médicaux étaient basés sur la Classification Internationale des maladies de l'époque (CIM-8).

L'évaluation de la consommation de cannabis était mesurée par les niveaux suivants : jamais, 1 fois, 2 à 4 fois, 5 à 10 fois (ultérieurement regroupé pour cette analyse en 1-10 fois), 11 à 50 fois, ou plus de 50 fois.

Les données concernant le chômage et l'aide sociale proviennent d'un organisme public de statistiques (LISA) pour les années 1990-95, époque à laquelle les participants avaient entre 39 et 46 ans.

Les facteurs confondants pouvant influencer la relation entre la consommation de cannabis et le chômage ou l'aide sociale étaient pendant l'adolescence : emploi du père (travailleur non manuel, travailleur manuel, ou sans emploi), avoir eu des parents divorcés, avoir eu des contacts avec les autorités/police, QI et maturité sociale, problèmes psychiatriques (CIM-8), tabagisme (non-fumeur, 1-10 cigarettes par jour, >10 cigarettes par jour), problème d'alcool (arrestation pour ivresse, consommation d'alcool après une ivresse, être ivre souvent ou très souvent, consommer 250g ou plus d'alcool par semaine), avoir consommé d'autres substances illicites (amphétamines, morphine, LSD, opium) et mode de consommation (injecté ou non).

Les facteurs confondants pendant l'âge adulte : niveau d'éducation (primaire, secondaire ou plus >12 ans), et santé mentale (hospitalisation pour problèmes psychiatriques entre 1973-89).

Le risque relatif a été calculé par régression (Poisson modifiée). Les associations directes ont été examinées, puis plusieurs modèles de régression multiples ont été réalisés en incluant progressivement certains facteurs confondants, et une régression finale a incorporé tous les facteurs confondants.

Au total, 3734 (8,8%) des 42240 participants pour lesquels toutes les informations étaient disponibles avaient consommé du cannabis à 18 ans, et 616 (1,5%) en avait consommé plus de 50 fois. Dans la plupart des cas, l'utilisation importante de cannabis correspondait à la présence accrue de facteurs confondants. Par exemple, 75% des gros consommateurs de cannabis avaient eu à faire avec la police, 93% étaient des fumeurs quotidiens, et 80% avaient aussi consommé d'autres substances illicites. Les pourcentages correspondants chez les non consommateurs de cannabis étaient de 25%, 55% et 0,7%.

Dans les analyses non ajustées sur les facteurs confondants, l'utilisation de cannabis à 18 ans augmentait (de façon dose-dépendante) le risque d'être au chômage ou de recevoir une aide sociale à 40 ans (voir tableaux ci-dessous, première colonne). Le risque étant le plus fort pour ceux ayant consommé du cannabis >50 fois (RR=1,72 ; IC 95% 1,49-1,98; p non donné, pour le chômage) (RR=3,13 ; 2,82-3,48 ; pour l'aide sociale). Cependant, l'association entre la consommation de cannabis et les variables chômage et aide sociale était moins marquée (et parfois plus significative) au fur et à mesure que les facteurs confondants étaient pris en compte (le premier modèle multivarié, 2ème colonne des tableaux, prend en compte l'emploi du père, le divorce des parents, et les contacts avec les autorités/police ; le second modèle, 3ème colonne, prend en plus en compte le QI, la maturité sociale et les problèmes psychiatriques durant l'adolescence ; le 3ème modèle, 4ème colonne, prend en plus en compte les consommations d'alcool, de tabac, et d'autres substances illicites ; le dernier modèle, 5ème colonne, prend en plus en compte le niveau d'éducation, les problèmes psychiatriques à l'âge adulte, et les problèmes liés aux diverses dépendances).

**Table 2** Relative risk of unemployment as adult across levels of adolescent cannabis use (and across confounders) in a cohort of Swedish men.

Adolescent cannabis use	Crude model		Multivariable model		Multivariable model		Multivariable model		Multivariable model	
	RR	95% CI	RR	95% CI	RR	95% CI	RR	95% CI	RR	95% CI
Never	1.00	–	1.00	–	1.00	–	1.00	–	1.00	–
1–10 times	1.11	1.01–1.21	1.02	0.94–1.11	1.10	1.00–1.20	1.03	0.94–1.13	1.05	0.96–1.15
11–50 times	1.27	1.08–1.51	1.14	0.96–1.34	1.15	0.98–1.36	1.07	0.89–1.29	1.07	0.89–1.29
> 50 times	1.72	1.49–1.98	1.43	1.24–1.66	1.37	1.18–1.59	1.26	1.04–1.53	1.26	1.04–1.53

**Table 3** Relative risk of social welfare assistance as adult across levels of adolescent cannabis use (and across confounders) in a cohort of Swedish men.

Adolescent cannabis use	Crude model		Multivariable model		Multivariable model		Multivariable model		Multivariable model	
	RR	95% CI	RR	95% CI	RR	95% CI	RR	95% CI	RR	95% CI
Never	1.00	–	1.00	–	1.00	–	1.00	–	1.00	–
1–10 times	1.52	1.39–1.66	1.26	1.15–1.37	1.36	1.24–1.48	1.15	1.05–1.26	1.16	1.06–1.26
11–50 times	2.12	1.84–2.44	1.59	1.39–1.83	1.56	1.35–1.79	1.24	1.06–1.46	1.22	1.04–1.42
>50 times	3.13	2.82–3.48	2.13	1.92–2.37	1.90	1.70–2.13	1.48	1.26–1.73	1.39	1.19–1.62

Avec le modèle prenant en compte tous les facteurs confondants, tous les niveaux de consommation de cannabis avaient un effet significatif sur le fait de recevoir une aide sociale (welfare assistance), mais pour le chômage (unemployment), seule la consommation >50 fois avait encore un effet significatif (l'IC n'incluait pas la valeur 1,00).

L'une des limitations de cette étude tient dans le fait qu'il n'y a pas de données permettant de distinguer le chômage de courte durée de celui de longue durée (les chômeurs étaient au chômage depuis 6 mois ou plus), ni sur la fréquence des période de chômages ou d'aide sociale antérieures. Il n'y a pas non plus de données sur l'âge d'initiation aux différentes substances. Si cette étude à l'aspect d'une étude longitudinale (cohorte), elle n'en a pas la puissance à cause du manque de ces données. Si cette étude montre un lien entre la consommation de cannabis à la fin de l'adolescence et le risque d'être au chômage ou de recevoir une aide sociale 20 ans plus tard, particulièrement pour les plus gros consommateurs, elle ne permet pas d'éliminer d'autres facteurs confondants non pris en compte (autres problèmes comportementaux, sociaux ou liés à la santé) et qui sont aussi généralement liés dans plusieurs études avec le risque d'être au chômage ou de recevoir une aide sociale. Il n'y a de plus aucune mesure de la consommation de cannabis au-delà de 18 ans, et donc de sa possible variation ou disparition.

## ● Les gros consommateurs de cannabis auraient un risque accru d'AVC/AIT non fatal.

Hemachandra D et al. *Aust N Z J Public Health*. 2015 Nov 11. doi: 10.1111/1753-6405.12477. [Epub ahead of print]

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26558539>

La consommation de cannabis n'est pas seulement l'apanage des jeunes, mais se rencontre aussi fréquemment chez les personnes plus âgées chez qui le risque d'AVC/AIT augmente. Certaines études tendent à montrer que le risque d'AVC (accident vasculaire cérébral) et d'AIT (accident ischémique transitoire) augmente chez les gros consommateurs de cannabis, en particulier lors d'une forte consommation, ou chez les personnes consommant de l'alcool ou pratiquant l'exercice physique. Ce risque accru pourrait être dû à une hypotension orthostatique, une réponse circulatoire à l'exercice diminuée, une vasoconstriction cérébrale, une sténose intracérébrale, une augmentation de la résistance cérébrovasculaire, ou une diminution de la perfusion cérébrovasculaire. Compte tenu des consommations associées (alcool, tabac) chez les gros consommateurs de cannabis, il est difficile de faire la part des choses entre ces différents risques.

L'avantage de cette étude, bien qu'étant une étude cas-contrôles, est qu'elle a été réalisée dans la population générale, au sein d'une cohorte générationnelle (groupes de 20, 40 et 60 ans). Les données utilisées pour cette analyse sont issues de l'étude PATH australienne (Personality and Total Health Through Life) qui a recruté une cohorte avec 3 groupes d'âges (20-24, 40-44 et 60-64) en 3 vagues (1999-2000, 2000-2001 et 2001-2002). Les participants ont été tirés au sort à partir du fichier des électeurs (le vote est obligatoire en Australie) d'une région d'Australie. Comparé à la population générale australienne, cet échantillon est similaire en termes de statut marital et d'emploi, mais ont globalement une meilleure éducation. Le taux de participation a été de 65%, donnant 2404 personnes de 20-24 ans, 2530 personnes de 40-44 ans, et 2551 personnes de 60-64 ans. Les entretiens ont été réalisés en face à face.

Hormis les données démographiques classiques, les questions posées ont porté sur l'AVC (Avez-vous été victime d'un AVC ou d'un AIT ?), sur leur consommation de cannabis au cours des 12 derniers mois, incluant la fréquence de consommation (1 fois par semaine ou plus, 1 fois par mois, tous les 1-4 mois, 1 ou 2 fois par an, moins souvent ou « je n'en utilise plus »), sur leur tabagisme (non-fumeur, ex-fumeur, fumeur actuel), et sur leur consommation à risque d'alcool (définie comme un score de 8 ou plus à l'échelle AUDIT). Leur IMC a été calculé selon le poids et la taille rapportés par les participants, et leur pression artérielle a été mesurée sur place deux fois, puis moyennée (l'hypertension était définie comme étant plus de 140/90 mmHg). Une liste de diverses maladies leur était proposée, incluant des problèmes cardiaques, ou le diabète. L'utilisation d'une contraception ou d'un traitement hormonal de substitution était aussi rapporté par les participants, ainsi que leur niveau d'exercice physique (assez détaillé).

Le taux d'AVC/AIT pour 100 personnes (ainsi que l'IC à 95%) a été calculé en utilisant une distribution de Poisson à cause de la faible incidence de ces accidents, puis des modèles de régression ont pris en compte les facteurs confondants. La population étudiée était principalement d'origine caucasienne (94%), avec des niveaux d'éducatifs également répartis entre « aucune », « inférieure à l'université » et « niveau universitaire », 32% étaient en surpoids (IMC 25-29,9), et 15% étaient obèses (IMC<30), 34% avaient de l'hypertension et 3% du diabète. Il y avait 53% de non-fumeurs, 27% d'ex-fumeurs et 20% de fumeurs actuels. Sur l'échantillon total (n=7455), 6412 (86%) n'avaient pas consommé de cannabis dans l'année, et 1043 (14%) en avaient consommé, dont 313 (30%) 1 fois ou plus par semaine.

Il y avait 153 cas d'AVC/AIT (2,1 pour 100 personnes), principalement chez les plus âgés, 6 cas chez les 20-24 ans, 31 cas chez les 40-44 ans (risque relatif d'incidence : IRR=4,9 par rapport aux 20-24 ans, p<0,001), et 116 cas chez les 60-64 ans (IRR=18,1 par rapport aux 20-24 ans, p<0,001). Après ajustement en fonction de l'âge, les utilisateurs de cannabis dans l'année avaient un IRR=3,3 (IC 95% 1,8-6,3 ; p<0,001) par rapport à ceux n'en ayant pas consommé.

Par rapport aux non-fumeurs (tabac), les ex-fumeurs avaient un risque non significativement augmenté (IRR=1,3 ; 0,9-1,9 ; p=0,137), mais les fumeurs actuels avaient un risque de 70% supérieur aux non-fumeurs (IRR=1,7 ; 1,1-2,7 ; p=0,015). Les problèmes cardiaques (IRR=4,1 ; 2,9-5,9 ; p<0,001), l'hypertension (IRR=1,7 ; 1,2-2,4 ; p=0,004), et le diabète (IRR=1,8 ; 1,1-3,0 ; p=0,029) étaient aussi des facteurs de risques, alors que l'exercice physique (sauf l'exercice intense fréquent, non significatif), le niveau d'éducation universitaire, et le fait d'avoir un emploi étaient des facteurs protecteurs.

L'analyse multivariée (tableau ci-dessous) prenant en compte les facteurs confondants de façon progressive dans

4 modèles successifs (ainsi que l'âge), montre que la consommation de cannabis dans l'année reste un facteur de risque important pour l'AVC/AIT (IRR=2,3 ; 1,1-4,5 ; p=0,021). De plus, la fréquence de consommation est aussi un facteur important puisque la consommation mensuelle (non hebdomadaire) n'était plus significative par rapport à la non consommation (IRR=1,2 ; 0,4-3,4 ; p=0,77), alors que la consommation hebdomadaire ou plus fréquente est associée à un IRR=4,7 (2,1-10,7 ; p<0,001).

**Table 3: Models examining the relationship between cannabis use and stroke adjusting for other participant characteristics.**

	Model 1		Model 2		Model 3		Model 4	
	IRR (95% CI)	P value	IRR (95% CI)	P value	IRR (95% CI)	P value	IRR (95% CI)	P value
Past year cannabis use	3.0 (1.6–5.6)	0.001	2.7 (1.4–5.2)	0.003	2.5 (1.3–4.9)	0.007	2.3 (1.1–4.5)	0.021
<b>Tertiary</b>								
None	Ref.		Ref.		Ref.			
Non-university	0.8 (0.5–1.1)	0.135	0.8 (0.5–1.1)	0.145	0.8 (0.5–1.1)	0.134	0.7 (0.5–1.1)	0.105
University	0.7 (0.4–1.0)	0.047	0.7 (0.4–1.0)	0.081	0.8 (0.5–1.2)	0.194	0.8 (0.5–1.2)	0.218
Employed	0.5 (0.3–0.7)	< 0.001	0.5 (0.3–0.7)	< 0.001	0.6 (0.4–0.8)	0.003	0.5 (0.4–0.8)	0.002
<b>Tobacco smoking</b>								
Never			Ref.		Ref.			
Past			1.2 (0.8–1.7)	0.345	1.1 (0.7–1.5)	0.748	1.0 (0.7–1.5)	0.999
Current			1.4 (0.9–2.2)	0.194	1.3 (0.8–2.1)	0.239	1.2 (0.7–2.0)	0.423
Hypertension					1.5 (1.0–2.1)	0.048	1.5 (1.0–2.1)	0.047
Diabetes					1.3 (0.8–2.3)	0.270	1.3 (0.8–2.2)	0.320
Heart trouble					3.5 (2.5–5.1)	< 0.001	3.5 (2.5–5.1)	< 0.001

Les caractéristiques des 14 cas d'AVC/AIT sont décrites dans le tableau ci-dessous. La majorité d'entre eux se trouvent dans la tranche d'âge 40-44 ans, et ont presque tous une consommation de cannabis fréquente tout en étant fumeur (sauf deux). Dans la moitié des cas, l'obésité, l'hypertension ou des problèmes cardiaques sont présents, ce qui augmente leur risque. Concernant l'alcool, à part un sujet âgé qui consomme beaucoup et quasi quotidiennement, les consommations exagérées ne sont qu'épisodiques (mensuelles et non hebdomadaires). Parmi les 3 cas chez les 20-24 ans, tous sont fumeurs.

**Table 4: Characteristics of cannabis users who reported stroke or TIA.**

Age group	Sex	Cannabis use		Comorbidities <sup>a</sup>	Tobacco smoking	Alcohol use disorder risk (AUDIT score 8+)	Frequency of heavy drinking (6+ drinks on one occasion)
		Current frequency of use	Felt need to cut-down				
20–24 yrs	M	Weekly+	Yes	Obesity	Current	Yes	Weekly
	M	Weekly+	Yes		Current	Yes	<monthly
	M	No longer using	No		Current	No	Monthly
40–44 yrs	F	Weekly+	Yes	Hypertension	Current	No	<monthly
	M	Weekly+	No		Past	Yes	<monthly
	F	1–2 times/past yr	No	Obesity, heart trouble	Current	Yes	Weekly
	M	Weekly+	No		Hypertension, overweight, heart trouble	Current	No
	M	1–2 times/past yr	No	Heart trouble	Current	Yes	Weekly
	M	Weekly+	Yes	Current	Yes	Monthly	
	F	No longer using	No	Never	No	Never	
	M	Weekly+	Yes	Heart trouble	Current	Yes	Monthly
M	Weekly+	No	Current	No	Non-drinker		
60–64 yrs	M	Weekly+	No	Hypertension	Current	No	<monthly
	M	1–2 times/past yr	No	Obesity	Current	Yes	Daily/almost daily

*a: None had diabetes; the three female participants had used contraceptives in the past but not currently. All participants reported using cannabis in the past year.*

Ces résultats montrent que la consommation fréquente de cannabis (plus d'une fois par semaine) peut être un facteur de risque important d'AVC/AIT dans la population générale, même lorsque tous les autres facteurs de risques sont pris en compte (tabac, alcool, obésité, problèmes cardiovasculaires). Les auteurs prennent la précaution de ne pas faire de lien de cause à effet, puisqu'il s'agit d'une étude transversale à un point temps donné (même si l'échantillon est tiré d'une cohorte). Le faible nombre de cas (n=14) incite aussi à la prudence, et les auteurs recommandent de répliquer ce genre d'études. De plus, la majorité des participants est d'origine caucasienne, ce qui empêche aussi de généraliser ces résultats à l'ensemble des populations. L'un des points forts de cette étude réside dans le fait d'avoir étudié plusieurs tranches d'âge, et non pas seulement les plus jeunes

comme c'est souvent le cas. La mesure du tabagisme est cependant grossière car aucunes données sur la consommation réelle n'ont été recueillies, la comparaison portant seulement sur la présence ou non d'une consommation actuelle. Une mesure plus précise par paliers de consommation aurait peut-être apporté plus d'informations sur le risque relatif du tabagisme et du cannabis.

## ● Association entre consommation de cannabis et sévérité de la maladie bipolaire chez des patients fumeurs.

Lagerberg Tvet al. *J Affect Disord.* 2015 Oct 27;190:286-293.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26544611>

La consommation de cannabis pourrait avoir une influence sur le décours de la maladie bipolaire (maladie maniaco-dépressive), mais il existe des facteurs confondants tels que le tabagisme. Afin de tester l'hypothèse selon laquelle la consommation de cannabis pourrait aggraver la maladie bipolaire, cette étude a été réalisée uniquement chez des fumeurs.

Cette étude multicentrique (France et Norvège) a porté sur 642 patients bipolaires (476 patients avec troubles bipolaires I et 166 patients avec troubles bipolaires II, selon les critères du DSM-IV). Tous étaient fumeurs quotidiens, leur consommation a été mesurée en paquets-année (qui n'est pas forcément la meilleure variable pour tenir compte du tabagisme). Les patients français ont été recrutés entre 1994 et 2013 (Créteil, Nancy, Bordeaux), et les patients norvégiens entre 2003 et 2013 (Oslo). Les critères d'inclusion en France étaient : 18 ans et plus, critères diagnostics DSM-IV pour la bipolarité (I ou II), être euthymique (sans symptômes) à l'inclusion, et avoir un score maximum de 5 à la MADRS (échelle de dépression) et à la YMRS (échelle de manie). Les critères en Norvège étaient : 18-65 ans, et critères diagnostics DSM-IV pour la bipolarité (I ou II). Les critères d'exclusions (France et Norvège) étaient : antécédents de traumatisme crânien sévère, retard développemental, et méconnaissance de la langue du pays. A cause de différences significatives sur certaines variables cliniques entre les échantillons français et norvégien, la variable de « site » a été introduite dans les analyses multivariées. En particulier, puisque l'euthymie n'était un critère d'inclusion qu'en France, les patients norvégiens étaient plus symptomatiques.

Les critères d'abus et de dépendance du DSM-IV ont été utilisés pour le cannabis, l'alcool, et les « autres substances » regroupées (cocaïne, amphétamines, opiacés, hallucinogènes et autres).

Les analyses comparant les patients remplissant les critères DSM-IV pour le cannabis et les autres concernant les variables démographiques et cliniques, ainsi que la sévérité des symptômes ont permis d'isoler les facteurs qui ont ensuite été testés dans des modèles multivariés afin de tester le rôle de la consommation de cannabis sur l'âge de début de la maladie bipolaire, le nombre d'épisodes maniaques ou dépressifs par année, le nombre d'hospitalisations pour maladie bipolaire, la présence d'épisodes psychotiques, ou de tentatives de suicide. L'âge de début de la maladie bipolaire a été préféré à l'âge au moment de l'entretien (qui étaient de toute façon corrélés) car il était attendu a priori un effet confondant pour la relation entre consommation de cannabis et la sévérité de la maladie. Les facteurs confondants retenus étaient le sexe, l'âge de début de la maladie, le type de bipolarité (I ou II), la dépendance à l'alcool et aux autres substances, le tabagisme (paquets-année), et « site » (France ou Norvège).

Les analyses bivariées ont montré que les patients remplissant les critères DSM-IV pour l'abus ou la dépendance au cannabis étaient plus jeunes ( $29,5 \pm 8,0$  vs.  $41,9 \pm 12,5$  ans,  $p < 0,001$ ), plutôt des hommes, avec une bipolarité de type I, et une comorbidité alcoolique ou aux autres substances, que les patients ne remplissant pas ces critères. Ils avaient aussi un âge de début de la maladie plus jeune ( $19,5 \pm 5,3$  vs.  $24,9 \pm 10,0$  ans,  $p < 0,001$ ), plus d'épisodes maniaques ( $p < 0,001$ ) ou dépressifs ( $p = 0,006$ ), plus d'hospitalisations ( $p < 0,001$ ), et d'épisodes psychotiques ( $p = 0,001$ ). Par contre aucune différence n'a été observée concernant les tentatives de suicide ( $p = 0,205$ ).

Les analyses multivariées (prenant en compte les facteurs confondants) ont montré que :

La consommation de cannabis était significativement associée à un âge de début de la maladie plus jeune, bien que la variance totale expliquée soit faible ( $B = -5,6$  ans; IC 95%  $-7,6$  à  $-3,5$ ;  $F = 11,157$ ;  $df = 4,621$ ;  $p < 0,001$ ;  $R^2$  ajusté =  $0,061$ ).

La consommation de cannabis n'était pas significativement associée à un plus grand nombre d'épisodes dépressifs ( $p = 0,928$ ).

Chez les patients bipolaire de type I, la consommation de cannabis était significativement associée à un plus grand nombre d'épisodes maniaques (OR =  $1,93$ ;  $1,15-3,23$ ;  $p = 0,013$ ).



La consommation de cannabis n'était pas significativement associée aux épisodes psychotiques ( $p=0,105$ ).  
La consommation de cannabis était significativement associée à un plus grand nombre d'hospitalisations pour maladie bipolaire ( $OR=2,93$  ;  $1,85-4,64$  ;  $p<0,001$ ).

Selon les auteurs, les associations trouvées entre la consommation de cannabis et la sévérité de la maladie bipolaire ne sont pas dues au tabagisme puisque tous les patients étaient fumeurs. Il convient tout de même de préciser que la mesure du tabagisme (paquets-année) n'est pas optimale et qu'une mesure en nombre de cigarettes fumées quotidiennement, ainsi surtout que la durée du tabagisme, serait plus précise. En prenant en compte les facteurs confondants, il ressort de cette étude que la consommation de cannabis serait associée à un âge de début de la maladie plus jeune, et à une plus grande sévérité de la maladie (plus grand nombre d'hospitalisations, et d'épisodes maniaques [chez les bipolaires I]). Cela semble montrer que la consommation de cannabis pourrait avancer l'âge de début de la maladie, cependant, les données de cette étude ne peuvent déterminer si la consommation de cannabis a commencé avant le début de la maladie (donnée non disponible), il est donc impossible de parler de causalité, et l'association pourrait tout autant venir du fait qu'un âge de début de maladie plus précoce soit un risque de consommer du cannabis. De plus, la plupart des mesures (âge de début de la maladie, utilisation d'autres substances, etc...) sont rétrospectives et donc, en particulier chez les patients âgés, sont donc soumises à des problèmes de mémoire (biais de rappel), ce qui pourrait influencer sur les résultats. Le fait que très peu de la variance totale soit expliquée par le cannabis semble aussi affaiblir ces données, et il est possible que d'autres facteurs confondants influents n'aient pas été utilisés dans cette analyse. Cela montre une fois de plus que les études de cohorte avec un suivi des patients sont beaucoup plus fiables que les études transversales.



Independent, authoritative information on the treatment of tobacco dependence  
[www.treatobacco.net](http://www.treatobacco.net)

**Une nouvelle section sur l'Article 14 de la CCLAT a été mise en ligne sur le site.**

---

## *Congrès*

Les présentations faites lors du Colloque DGS à l'occasion de la Journée mondiale sans tabac 2015 sont disponibles : <http://www.sante.gouv.fr/colloque-dgs-a-l-occasion-de-la-journee-mondiale-sans-tabac-2015.html>

Les présentations du 9ème Congrès national de la SFT sont disponibles sur le site <http://societe-francophone-de-tabacologie.org/congres1.html> ainsi que la présentation du 10ème Congrès à Lille les 3 et 4 novembre 2016

### A vos agendas ...



JOURNEE REGIONALE DE TABACOLOGIE 2016  
Le Jeudi 28 janvier à Rennes

Thème : TABAC et VIH

---

Maison des associations, esplanade Charles de Gaulle  
Contact : @ [tabacologie@chu-rennes.fr](mailto:tabacologie@chu-rennes.fr)  
Tel : 02 99 28 37 10



## **Tabagisme, nicotine et maladies cardiovasculaires**

Session commune

Fédération Française de Cardiologie/Société Francophone de Tabacologie/SFC

**Vendredi 15 Janvier 2016 - Salle 242 AB 08:30-10:00**

Modérateurs : Nathalie WIRTH (Nancy) - Jean-Yves ARTIGOU (Paris)

08:30 - 08:50 : **Comment et pourquoi quantifier l'exposition à la fumée de tabac ?**

Laurence GALANTI- Yvoir, Belgique

08:50 - 09:10 : **Nicotine et sport : un produit dopant ? Etat des lieux**

Gérard MATHERN - Saint-Chamond

09:10 - 09:30 : **Tabagisme et insuffisance cardiaque**

Daniel THOMAS – Paris

09:30 - 09:50 : **L'e-cigarette: où en est-on ?**

Bertrand DAUTZENBERG – Paris

---

### [Vu sur le Net](#)

Quelques liens (cliquer sur le titre) qui vous mèneront vers des nouvelles qui ont fait la Une du net ce mois-ci.

[Vaporisateur personnel : sauver des vies grâce à la nicotine !](#)

[La Haute Autorité de Santé reste inflexible sur la e-cigarette](#)

[Paquet neutre : les cigarettiers préparent leur riposte](#)

[Tabac : pourquoi certains ont tant de difficultés à arrêter](#)

[L'Assemblée vote l'alignement de la fiscalité du tabac en Corse sur le reste de la France](#)

[La cigarette électronique, un outil de sevrage tabagique ?](#)

[Cigarette électronique : des additifs dangereux détectés dans certains liquides](#)

[In fine, mieux vaut vapoter que fumer!](#)

[Lutte contre le tabac : Michèle Delaunay appelle à la mobilisation des médecins](#)

[La cigarette électronique bientôt interdite au travail](#)

[La cigarette électronique, c'est un objet païen](#)

[La justice européenne valide les mesures antitabac pour 2016](#)

[Le lobbying de l'industrie du tabac en Europe: le scandale du siècle](#)

[OFDT : La situation du tabac au mois de novembre 2015](#)

---

### *formations*

L'IRAAT (Institut Rhône Alpes Auvergne de Tabacologie) organise différentes formations centrées sur la tabacologie dans la région Rhône Alpes Auvergne en 2015 (voir les annonces dans la Lettre de la SFT N°57 et 58).

---

*et comme toujours !*

Si vous avez des annonces (congrès, symposium, offre d'emploi...) à proposer pour cette lettre, merci de les adresser à Jacques Le Houezec [jacques.lehouezec@amzer-glas.com](mailto:jacques.lehouezec@amzer-glas.com)