



emcdda.europa.eu

Cannabis problems in context — understanding the increase in European treatment demands

EMCDDA 2004 selected issue

*In EMCDDA 2004 Annual report on the state of
the drugs problem in the European Union and
Norway*

Question particulière n° 2

Les problèmes liés au cannabis dans leur contexte — comprendre l'augmentation des demandes de traitement en Europe

Introduction

Le terme «cannabis» est employé pour définir divers produits obtenus à partir de la plante de cannabis ou chanvre (*Cannabis sativa* L.), une espèce annuelle originaire de l'Asie centrale et qui pousse actuellement dans un grand nombre de régions du monde tempérées et tropicales. Les nombreuses variétés de *Cannabis sativa* présentent autant de caractéristiques biologiques et chimiques différentes. On trouve trois formes de cannabis illicite sur le marché européen de la drogue: l'«herbe de cannabis», composée de l'extrémité en fleur, de la tige et des feuilles séchées de la plante; la «résine de cannabis», c'est-à-dire les sécrétions résineuses brunes ou noires séchées des extrémités en fleur, habituellement vendue sous forme de blocs comprimés mais que l'on trouve parfois également en poudre; et, de loin la présentation la moins courante, l'«huile de cannabis», qui est un liquide visqueux gluant.

Le cannabis est utilisé depuis longtemps par l'homme et, à certaines périodes, par diverses sociétés en tant que source importante de fibres pour les vêtements et les cordes, accessoire de rituel religieux, médicament de phytothérapie et stupéfiant. Dans le monde entier, le cannabis est actuellement la drogue illicite la plus fréquemment produite, vendue illégalement et consommée (PNUCID, 2003a). En dépit de la longue histoire de sa consommation et de sa popularité actuelle, notre compréhension de l'impact du cannabis sur la santé publique reste limitée. Récemment, les signes d'une relation éventuelle entre la consommation du cannabis, en particulier lorsqu'elle est intensive, et une série de problèmes sanitaires et sociaux sont devenus de plus en plus manifestes. L'augmentation apparente du nombre de consommateurs de cannabis qui sollicitent l'assistance des services spécialisés dans la toxicomanie soulève également des inquiétudes croissantes. Toutefois, l'étendue et la nature des difficultés qui frappent les populations de consommateurs de cannabis en Europe demeurent obscures. De même, on ne connaît pas bien la mesure dans laquelle les informations statistiques sur l'augmentation des demandes de traitement traduisent des changements dans les pratiques de signalement et d'orientation et non l'augmentation du nombre de personnes ayant besoin d'assistance. Pour répondre à ces questions, il nous faut placer les demandes de traitement concernant le cannabis dans la perspective plus large de la transformation des modèles de consommation en Europe, de l'évolution et du développement des systèmes de

signalement et même d'une prise en compte de la nature changeante de la drogue elle-même. Ces thèmes sont traités dans la question particulière concernant les problèmes liés au cannabis dans leur contexte, dont le but est de faciliter un débat mieux informé sur l'impact potentiel, en termes de santé publique, de ce qui constitue la forme la plus fréquente de consommation de drogue illicite.

Le contexte législatif: le statut juridique du cannabis en Europe

Les sanctions légales qui devraient s'appliquer à ceux qui consomment du cannabis demeurent un point de controverse dans l'UE ⁽¹⁵¹⁾ et les États membres ont des approches très divergentes sur cette question.

Les extraits de cannabis sont classés comme des stupéfiants en vertu des tableaux I et IV de la convention unique des Nations unies sur les stupéfiants de 1961 ⁽¹⁵²⁾. La convention exige d'adopter des mesures pour garantir qu'une large gamme d'activités — dont la possession de stupéfiants — soient passibles de sanctions. Toutefois, les États membres doivent interpréter et appliquer cette convention en tenant compte de leur propre situation, et l'article 36, paragraphe 1, alinéa b), prévoit la possibilité de «mesures de traitement, d'éducation, de postcure, de réadaptation et de réintégration sociale».

En pratique, cela signifie qu'à travers l'UE le traitement des infractions liées au cannabis est hétérogène. Certains pays ont émis des directives élaborées par les procureurs ou des codes juridiques indiquant le traitement à réserver à certains types d'infractions liées au cannabis qui recommandent souvent différentes voies juridiques pour déterminer les infractions qui sont considérées comme mineures ou plus graves. Et, dans certains pays, une tendance se fait jour: des mesures thérapeutiques commencent à être mises en œuvre en tant qu'alternative aux poursuites pénales pour des affaires de consommation et de possession de petites quantités de drogue sans circonstances aggravantes. En outre, les codes pénaux peuvent traiter la consommation problématique en permettant (de façon discrétionnaire ou obligatoire) la suspension des poursuites à condition que le délinquant se soumette à une consultation d'assistance ou à un traitement. Bien que ces alternatives s'appliquent habituellement aux consommateurs de toutes les drogues, du

⁽¹⁵¹⁾ Voir le site web de la base de données européenne en matière de législation sur les drogues (ELDD) (http://eldd.emcdda.eu.int/trends/trends_cannabis.shtml).

⁽¹⁵²⁾ Voir <http://www.incb.org/e/conv/1961/index.htm>.

fait des changements intervenus l'année dernière, les lois ou les directives de la Belgique et du Royaume-Uni mentionnent désormais expressément les usagers de cannabis à problème dans le but de les orienter vers une aide.

Problèmes physiques et psychologiques et troubles du comportement liés à la consommation de cannabis ⁽¹⁵³⁾

Les rapports nationaux des États membres signalent qu'une augmentation du nombre de demandes de traitement pour le cannabis reflète probablement un accroissement du niveau des problèmes particulièrement liés à la consommation intensive de cannabis. Il convient toutefois de noter une pénurie considérable de données systématiques et comparables sur les problèmes vécus par les consommateurs de cannabis. La base de connaissances scientifiques dans ce domaine est encore en cours de développement, mais elle fournit des faits probants de plus en plus convaincants relatifs à une association entre la consommation de cannabis et une série de problèmes, même si la nature du lien de causalité n'est pas toujours claire. Une vue d'ensemble de la littérature concernant les problèmes liés à la consommation de cannabis est disponible en ligne (<http://www.emcdda.eu.int/?nodeid=4811>).

Il est important de faire la distinction entre les effets directs (à court terme) du cannabis et l'impact à long terme ou chronique de cette drogue. Une série d'effets directs positifs comme négatifs ont été signalés. Les effets négatifs comprennent des déficits de l'attention et des difficultés de concentration, des effets défavorables sur la fonction motrice (réflexes, coordination), des troubles de la mémoire à court terme, des crises d'angoisse et de panique et la dépression. Les effets positifs comprennent l'euphorie, la relaxation et une sociabilité accrue. Les effets directs de cette drogue qui suscitent le plus d'inquiétudes sont la psychose à court terme d'origine médicamenteuse ou les graves crises de panique, l'augmentation des risques d'accident, en particulier lors de la conduite ou dans un environnement de travail dangereux, et, chez les jeunes, une influence néfaste sur les performances scolaires (Hall et al., 2001).

La compréhension des effets chroniques du cannabis est plus complexe pour diverses raisons, notamment parce qu'il est difficile de distinguer les effets du cannabis des effets de la consommation chronique d'autres drogues illicites, du tabac et de l'alcool. Toutefois, les principales préoccupations dans ce domaine concernent l'augmentation du risque de cancer du poumon et d'autres maladies respiratoires et une relation avec le développement de troubles psychiatriques à long terme, notamment la dépression, la psychose et la schizophrénie. Une inquiétude particulière relative à la consommation chronique est causée par le développement

possible d'un comportement de dépendance. La synthèse disponible en ligne analyse dans quelle mesure les faits probants indiquent que la consommation du cannabis est un facteur de risque, un facteur causal ou simplement liée à ces problèmes par une relation plus complexe.

Dans la plupart des États membres, le cannabis est la drogue illicite la plus fréquemment mise en cause dans les infractions liées à la drogue qui sont signalées, ce qui n'a rien de surprenant étant donné qu'il s'agit également de la drogue la plus consommée ⁽¹⁵⁴⁾. Toutefois, contrairement à d'autres drogues, telles que l'héroïne, il semble qu'il n'existe pas d'association importante entre la consommation de cannabis et les autres types d'infractions.

La consommation de cannabis et l'évaluation de l'ampleur des problèmes

Bien que les critères internationaux de diagnostic reconnus fournissent une orientation utile sur les définitions de l'utilisation nocive, de l'abus et de la dépendance vis-à-vis de la drogue, des problèmes se posent lorsque le cannabis est considéré à la lumière des faits probants disponibles au niveau de l'Europe ⁽¹⁵⁵⁾. En particulier, il existe des variations considérables dans des questions clés concernant les mesures. Par exemple, il y a peu de consensus sur la définition de termes tels que la «consommation intensive», la «consommation régulière» et la «consommation problématique», et cela rend difficile la comparaison des résultats des différentes études. En outre, c'est avant tout dans les travaux d'enquête que l'on a tenté de mesurer la «dépendance» ou l'«abus» selon les définitions de la CIM ou du DSM au niveau de la population. Encore une fois, on constate un manque d'outils normalisés qui permettraient des comparaisons convaincantes des données provenant de différentes études ou concernant des populations entières.

Cependant, des travaux sont en cours dans ce domaine. Par exemple, une étude française en cours vise à mieux définir la consommation problématique et à développer des instruments spécifiques pour mesurer la fréquence de consommation, le risque perçu et les effets psychologiques et physiques (Beck, 2003).

À ce jour, la mesure de l'intensité de la consommation la plus couramment utilisée est le nombre de jours pendant lesquels la drogue a été consommée sur une période déterminée. La consommation quotidienne ou quasi quotidienne de cannabis est habituellement considérée comme un indicateur de «consommation intensive». Si la consommation quotidienne de cannabis n'implique pas forcément une dépendance, il est probable qu'une proportion considérable de consommateurs quotidiens seraient considérés sujets à une dépendance ou à un abus de drogue selon les critères de diagnostic normalisés

⁽¹⁵³⁾ Une monographie traitant spécifiquement de la consommation de cannabis et des problèmes qui y sont liés sera publiée au cours du premier semestre de 2005. Des informations particulières sur les effets physiques et sanitaires de la consommation du cannabis peuvent être consultées sur le site web de l'OEDT.

⁽¹⁵⁴⁾ Voir Criminalité liée à la drogue_Tbl. 5 dans le bulletin statistique 2004.

⁽¹⁵⁵⁾ Pour une définition de la «dépendance» et de l'«utilisation nocive pour la santé», voir la classification internationale des maladies, 10^e édition (CIM-10, Organisation mondiale de la santé), codes F10 à F19: troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives. On utilise également fréquemment le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Manuel statistique et de diagnostic sur les troubles mentaux, 4^e édition) (DSM-IV, American Psychiatric Association), qui emploie les concepts de «dépendance» et d'«abus».

(CIM-10, DSM-IV). Étant donné que la fréquence de consommation est relativement facile à mesurer et à harmoniser dans les questionnaires, cette mesure figure dans les lignes directrices de l'OEDT pour le questionnaire modèle européen (European Model Questionnaire). Actuellement, dans leurs rapports, neuf pays mentionnent des données sur la fréquence de consommation du cannabis sous cette forme ⁽¹⁵⁶⁾.

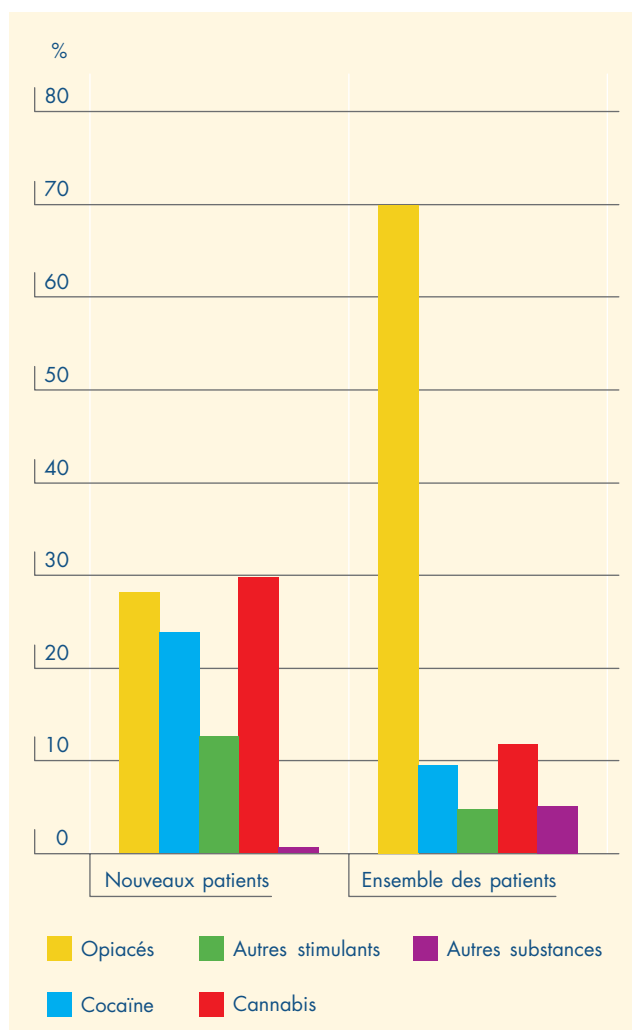
Tendances des demandes de traitement pour les problèmes liés au cannabis

Le cannabis est la drogue illicite la plus consommée en Europe, mais seule une faible proportion des personnes qui en ont fait usage entreprennent un traitement. Malgré ce fait, dans de nombreux pays, le cannabis se situe aujourd'hui en deuxième position parmi les drogues primaires les plus fréquemment signalées pour lesquelles les personnes bénéficient d'un traitement spécialisé de la toxicomanie. D'après les données IDT (indicateur de la demande de traitement) (voir p. 65) recueillies dans tous les types de services de traitement spécialisé, environ 12 % de l'ensemble des patients et 30 % des nouveaux patients en traitement sont aujourd'hui déclarés comme souffrant de troubles liés principalement au cannabis (graphique 26).

La proportion de nouveaux patients (ceux qui n'ont aucun antécédent de traitement) qui entreprennent un traitement lié à la consommation de cannabis varie considérablement entre les pays, entre un niveau proche de zéro en Lituanie et près de la moitié (48 %) en Allemagne, mais elle dépasse généralement un cinquième (20 %) (graphique 27). Toutefois, tous les pays ne sont pas en mesure de fournir des données sur les nouvelles demandes de traitement, et les problèmes liés au cannabis apparaissent de façon moins évidente dans le cadre du spectre plus large de l'ensemble des demandes de traitement.

Entre 1996 et 2002, d'après les données IDT provenant des pays qui disposent de données concernant les tendances, le nombre de nouveaux patients sollicitant un traitement pour le cannabis en tant que drogue primaire est passé de 3 713 à 12 493. En 2002, en moyenne, sur les 11 pays qui disposent de données, ces patients représentaient 29 % de l'ensemble des nouveaux patients, ce qui représente une augmentation par rapport au chiffre de 9 % en 1996 (voir le graphique 20 pour les sources des données). Bien que tous ces pays, à l'exception de la Grèce et du Royaume-Uni ⁽¹⁵⁷⁾, enregistrent une augmentation de la proportion de nouveaux patients pour le cannabis sur l'ensemble des nouveaux patients, l'ampleur de cette augmentation varie entre 6 % aux Pays-Bas et 31 % en Allemagne. Les informations fournies dans les rapports nationaux Reitox indiquent que le nombre de personnes sous traitement pour une consommation primaire de cannabis augmente également dans certains des nouveaux États membres (graphique 28). Une récente analyse des demandes de traitement pour le cannabis, menée par le système national

Graphique 26 — Drogues primaires signalées parmi les nouveaux patients et l'ensemble des patients admis en traitement en 2002



NB: $n = 42\,568$ (nouveaux patients), $351\,372$ (ensemble des patients).
Pays fournissant des données (nouveaux patients): CZ, DK, DE, EL, ES, LT, NL, SK, SI, SP, SW.
Pays fournissant des données (ensemble des patients): CZ, DK, DE, EL, ES, IT, LT, LU, HU, NL, SK, SI, FI, SE, UK.
Pondéré par rapport au nombre de patients par pays.

Source: Rapports nationaux Reitox 2003.

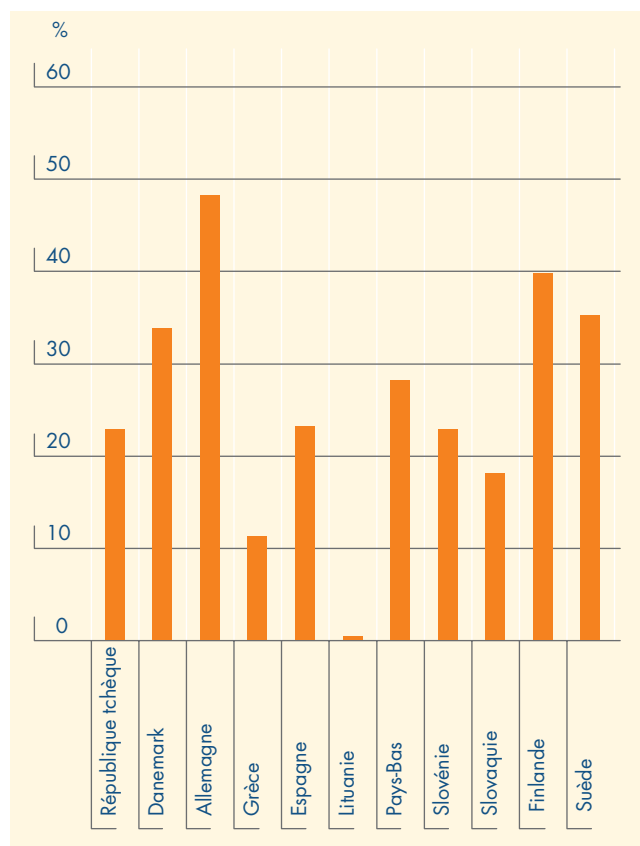
hollandais d'information sur les drogues et l'alcool (LADIS), a révélé que 29 % des nouveaux patients admis en traitement en 2002 étaient déclarés comme souffrant de troubles liés au cannabis, et que les patients consommateurs de cannabis représentaient un nombre réduit de personnes, mais qui augmentait d'année en année. Le rapport notait également qu'étant donné l'ampleur de la consommation de cannabis aux Pays-Bas la proportion de ceux qui sollicitent un traitement, bien que croissante, reste relativement faible.

Il convient toutefois d'être prudent dans la généralisation des séries de données européennes unifiées. Les données d'enquêtes longitudinales sur les nouvelles demandes de

⁽¹⁵⁶⁾ La Grèce, l'Espagne, la France, l'Irlande, l'Italie, la Lettonie, les Pays-Bas et le Portugal. Les données concernant la Finlande ne sont pas présentées en raison du faible nombre de consommateurs le mois précédent dans son enquête (35). Le nombre de cas et les pourcentages pour chaque pays sont présentés dans «Enquête PG_Tableau 7» dans le bulletin statistique 2004.

⁽¹⁵⁷⁾ Les données concernant les nouveaux patients ne sont pas disponibles pour le Royaume-Uni et les informations sont mentionnées dans les rapports nationaux.

Graphique 27 — Le cannabis signalé en tant que drogue primaire parmi les nouveaux patients admis en traitement en 2002



NB: Nombre total de cas: 42 421.
Source: Rapports nationaux Reitox 2003.

traitement ne sont disponibles que pour 11 pays. Il est également important de noter ici que l'augmentation des demandes de traitement pour le cannabis reflétée par les données IDT est fortement influencée par les données provenant d'Espagne et d'Allemagne, pays qui ont connu une augmentation particulièrement importante des signalements de troubles liés au cannabis en tant que drogue primaire: en outre, en termes de chiffres globaux, l'Espagne représente environ 50 % de l'ensemble des demandes de traitement signalées.

L'augmentation des demandes de traitement liées au cannabis n'est pas limitée à l'Europe. Aux États-Unis, où l'on utilise un système différent pour l'enregistrement des traitements de la toxicomanie ⁽¹⁵⁸⁾, les admissions en traitement liées à la marijuana ont augmenté, passant d'environ 20 000 en 1992 à près de 90 000 en 2000 (Samhsa, 2001; OEDT, 2003d).

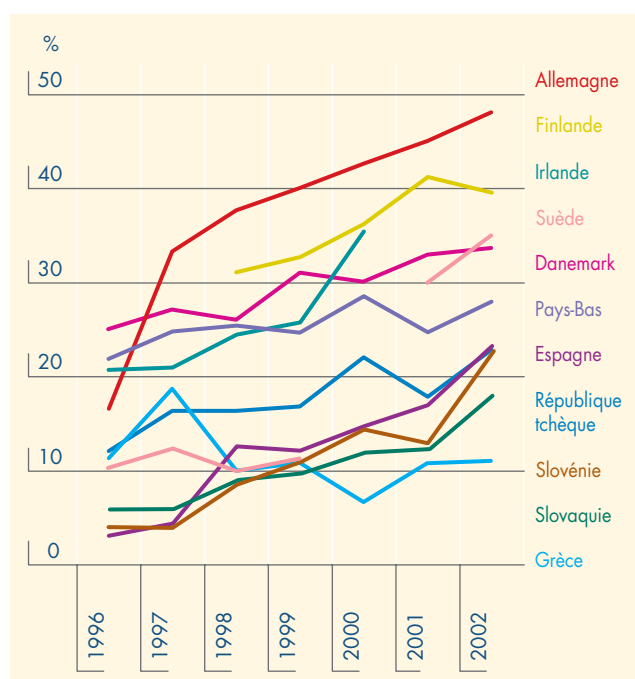
La prise en compte des conséquences de l'augmentation des demandes de traitement liées au cannabis soulève les questions essentielles suivantes:

- Ce résultat traduit-il une augmentation du nombre de personnes souffrant de troubles physiques et

psychologiques liés à leur consommation de cannabis?
Si oui:

- est-ce la conséquence d'une augmentation de la consommation intensive normale de cannabis?
- Cela reflète-t-il d'autres facteurs tels qu'une éventuelle augmentation de la puissance du cannabis?
- Cette augmentation peut-elle s'expliquer par des facteurs qui ne sont pas liés à un besoin accru d'assistance, tels que:
 - l'amélioration de la couverture du système de signalement des traitements;
 - le développement des types de centre de traitement disponibles, et en particulier les services de traitement spécifiques destinés aux adolescents et aux jeunes (rapports nationaux Reitox, 2003);
 - une évolution dans la façon dont la consommation de cannabis est traitée par le système de justice pénale, au sein des écoles ou par les organismes travaillant avec les jeunes, avec une augmentation des orientations vers des traitements pour des personnes qui, autrement, n'auraient pas sollicité une assistance spontanément.

Graphique 28 — Tendances relatives au cannabis signalé en tant que drogue primaire parmi les nouveaux patients admis en traitement, 1996-2002



NB: Traitement en chiffres globaux (% de l'ensemble des patients).
Moyenne des tendances (%) au sein des pays.
Pays fournissant des données: CZ, DK, DE, EL, ES, NL, SI, SK, FI, SE.
En Suède, les données pour 1996 à 1999 proviennent des traitements en milieu hospitalier: le nombre de cas de cannabis est relativement faible comparé aux autres années.
Source: Rapports nationaux Reitox 2003.

⁽¹⁵⁸⁾ Aux États-Unis, on enregistre les admissions en traitement au lieu des personnes traitées. Par ailleurs, contrairement au cas de l'Europe, l'alcool est compris dans les drogues. Voir le site web du Samhsa (<http://www.samhsa.gov>). Notons qu'aux États-Unis, au Canada et en Australie on utilise le terme de «marijuana» car celui de «hashish» (résine de cannabis) n'est pas couramment employé.

Il est important de comprendre dans quelle mesure chacun de ces facteurs influe sur la participation au traitement. Une première étape consiste à considérer les caractéristiques des patients admis en traitement et déclarés comme souffrant de troubles liés principalement au cannabis. Cette analyse se fonde sur ceux qui fréquentent les centres de traitement en ambulatoire.

Patients sous traitement lié au cannabis: caractéristiques et modèles de consommation

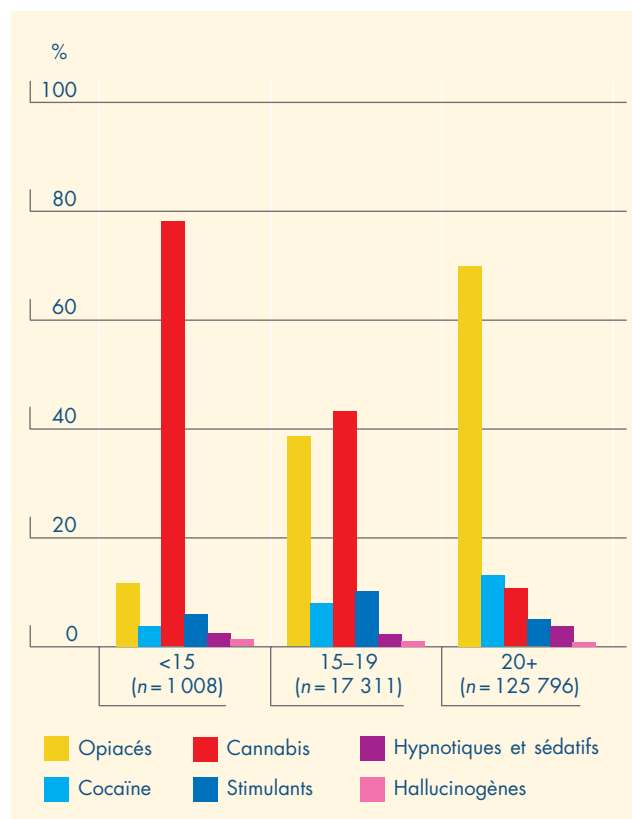
On dispose d'un certain nombre d'options types pour l'enregistrement de la source de la demande de traitement pour les usagers de drogue.

Ces options distinguent les usagers de drogue qui se présentent spontanément de ceux qui ont été orientés vers le traitement par d'autres organismes, tels que les organismes sociaux ou la justice pénale. La plupart des patients sous traitement lié au cannabis sont orientés vers le traitement par leur famille et leurs amis, les services sociaux ou le système de justice pénale. Par comparaison avec les consommateurs d'autres drogues, une plus faible proportion de patients traités pour le cannabis ont spontanément demandé le traitement ⁽¹⁵⁹⁾. La situation est similaire aux États-Unis et au Canada, où la demande de traitement pour la marijuana en tant que substance primaire est fréquente mais non spontanée (OEDT, 2003d).

On relève une différence importante entre les sources de demande de traitement: les personnes orientées par des membres de leur famille ou des services sociaux (souvent scolaires) sont généralement plus jeunes, moins susceptibles de consommer d'autres drogues en plus du cannabis et mieux intégrées socialement, tandis que les patients envoyés par les autorités de justice ou classés dans la catégorie des demandes spontanées tendent à être plus âgés et consomment souvent d'autres drogues outre le cannabis (rapports nationaux Reitox, 2003). En Allemagne et en Finlande, les pays qui présentent le plus fort pourcentage de patients sous traitement pour consommation primaire de cannabis, les autorités légales et les écoles jouent un rôle important dans la demande de traitement des patients consommateurs de cannabis.

Les patients qui entreprennent pour la première fois un traitement lié au cannabis sont majoritairement des jeunes d'une moyenne d'âge de 22-23 ans, des hommes (83 %), alors que dans le cas des autres drogues la proportion des patients de sexe masculin est légèrement plus faible et la moyenne d'âge est supérieure. Pour près de 80 % des nouveaux patients qualifiés de «très jeunes» (moins de 15 ans) et 40 % de ceux qui ont entre 15 et 19 ans, la drogue primaire qui est le motif du traitement est le cannabis (graphique 29) ⁽¹⁶⁰⁾. Ces groupes sont toujours en majorité des hommes mais comprennent une plus forte proportion de femmes que l'ensemble du groupe de patients. Les différences de répartition par âge et par sexe

Graphique 29 — Répartition de la drogue primaire signalée parmi les participants en traitement ambulatoire, par groupe d'âge, 2002



NB: Ensemble des patients. Pays fournissant des données: DK, DE, ES, FI, EL, LU, HU, SE, UK.
Les hommes du Danemark et du Royaume-Uni représentent 56 % de l'ensemble des patients de moins de 20 ans sous traitement pour consommation de cannabis, contre 17 % pour l'Espagne.

Sources: Rapports nationaux Reitox 2003; centres de traitement en ambulatoire IDT.

selon les pays reflètent en gros les mêmes caractéristiques que sur l'ensemble des patients.

L'âge relativement jeune des patients sous traitement lié au cannabis reflète la forte proportion (45 %) de ceux qui sont encore scolarisés, contre seulement 8 % des patients traités pour des troubles liés à d'autres drogues. 24 % de ceux qui sont traités pour des troubles liés au cannabis occupent un emploi stable, et le même pourcentage est au chômage ⁽¹⁶¹⁾, ce qui contraste fortement avec les patients consommant des drogues telles que l'héroïne. En outre, les patients traités pour usage de cannabis déclarent plus fréquemment habiter dans un logement fixe que ceux qui sont traités pour des problèmes liés à d'autres drogues ⁽¹⁶²⁾, ce qui traduit le fait que beaucoup sont des jeunes, des étudiants ou lycéens, et habitent chez leurs parents.

Les modèles de consommation chez les patients qui bénéficient d'un traitement en ambulatoire pour consommation primaire de cannabis varient

⁽¹⁵⁹⁾ Voir le graphique 22 EL: Source de la demande de traitement pour l'ensemble des patients: pour toutes les drogues et pour le cannabis.

⁽¹⁶⁰⁾ Voir également IDT_Tbl 4 dans le bulletin statistique 2004.

⁽¹⁶¹⁾ Voir le graphique 23 EL: Situation professionnelle des patients consommateurs de cannabis et de l'ensemble des patients.

⁽¹⁶²⁾ Voir le graphique 24 EL: Conditions de vie des patients consommateurs de cannabis et de l'ensemble des patients.

considérablement et sont très différents de ceux qui caractérisent les autres types de drogues, en particulier les opiacés (graphique 30). En 2002, parmi les patients sous traitement pour un problème principalement lié au cannabis, seuls 36 % étaient des consommateurs quotidiens de cette drogue et seuls 17 % consommaient du cannabis plus fréquemment qu'une fois par semaine (2 à 6 fois par semaine); 15 % consommaient la drogue une fois par semaine ou moins souvent et 28 % étaient des consommateurs occasionnels ou n'avaient pas consommé de cannabis au cours du mois précédent. En revanche, 84 % des usagers d'opiacés sous traitement sont des consommateurs quotidiens.

La proportion de patients sous traitement en ambulatoire qui consomment du cannabis quotidiennement varie selon les pays. Les plus fortes proportions de consommateurs quotidiens de cannabis sont signalées aux Pays-Bas (80 %) et au Danemark (76 %), tandis que la plus forte

proportion de consommateurs occasionnels est signalée en Allemagne (41 %) ⁽¹⁶³⁾.

Le risque de développer plus tard des problèmes de toxicomanie est inversement proportionnel à l'âge de la première consommation de cannabis (Kraus et al., 2003). En Europe, 28 % de l'ensemble des patients traités pour usage de cannabis en 2002 ont commencé à consommer cette drogue avant l'âge de 15 ans, et la majorité (80 %) avant l'âge de 20 ans. Les chiffres correspondants pour les opiacés s'élèvent respectivement à 8,9 % et 42,8 %, et sont de 6 % et 26,5 % pour la cocaïne.

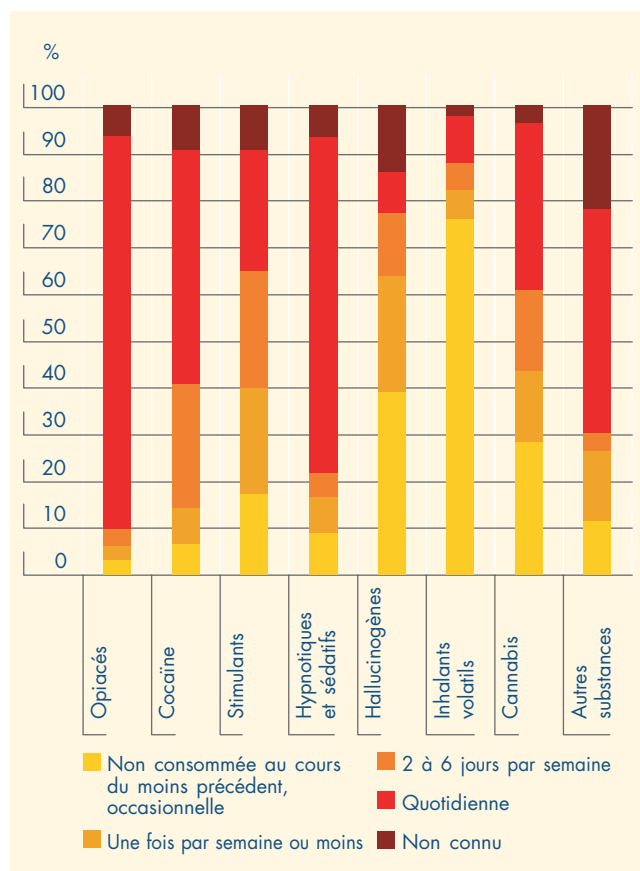
La plupart des pays signalent que les patients sous traitement pour consommation primaire de cannabis présentent souvent une polytoxicomanie. Cela peut indiquer un problème de signalement, par exemple dans le cas où les patients polytoxicomanes sont, pour plus de commodité, enregistrés en tant que consommateurs primaires de cannabis. Toutefois, on ne dispose pas de données quantitatives sur la proportion de polytoxicomanes parmi les patients en général. On relève des différences entre les patients qui consomment uniquement du cannabis et ceux qui consomment du cannabis en association avec une autre drogue (rapports nationaux Reitox, 2003): les premiers sont généralement plus jeunes et mieux intégrés socialement (ils occupent plus fréquemment un emploi et possèdent un plus haut niveau scolaire, et sont moins susceptibles d'abandonner ou d'avoir abandonné leurs études). Les substances secondaires les plus fréquemment signalées par les consommateurs primaires de cannabis sont l'alcool (32,9 %) et les stimulants (25 %) ⁽¹⁶⁴⁾, bien que la répartition varie selon les pays.

Certains patients sous traitement pour le cannabis avouent également consommer d'autres drogues par voie d'injection, et quelques-uns signalent avoir déjà consommé des drogues par voie d'injection bien qu'ils ne consomment pas actuellement d'autres drogues que le cannabis. Par exemple, en Grèce, en 2002, bien que 14,7 % des patients consommateurs de cannabis qui déclaraient une consommation de drogue secondaire avaient eu recours à l'injection au cours des 30 derniers jours, 25,4 % de tous les patients consommateurs de cannabis déclaraient s'être déjà injecté une autre substance (rapport national grec, 2003). De même, les informations provenant de la République tchèque (rapport national) indiquent que dans certains lieux de traitement jusqu'à la moitié des patients traités pour consommation de cannabis sont également des usagers de drogue par voie intraveineuse.

Tendances des demandes de traitement: des facteurs en évolution

L'augmentation de la demande de traitement pour des problèmes liés à la consommation primaire de cannabis devrait être considérée dans le contexte des changements qui ont affecté les caractéristiques et les modèles de consommation. Entre 2000 et 2002, dans les pays qui ont

Graphique 30 — Répartition de la fréquence de consommation de la drogue primaire signalée parmi tous les participants en traitement ambulatoire en 2002



NB: n = 109 699 (ensemble des patients). Pays fournissant des données: CZ, DK, DE, EL, HU, LU, FI, SE, UK (CZ: tous les types de centres de traitement). Sources: Rapports nationaux Reitox 2003, centres de traitement en ambulatoire IDT.

⁽¹⁶³⁾ Voir le graphique 25 EL: Fréquence de consommation de cannabis par pays.

⁽¹⁶⁴⁾ Voir le graphique 26 EL: Drogue secondaire la plus utilisée parmi les patients consommateurs de cannabis par pays et IDT — Tbl 9 dans le bulletin statistiques 2004.

rapporté des données, le nombre total de demandes de traitement émises par les autorités de justice, la famille et les amis ainsi que les services sociaux a augmenté de façon exceptionnelle, de 103 %, 81 % et 136 % pour les trois années respectives ⁽¹⁶⁵⁾. Aucune différence significative n'a été relevée entre les pays, sauf en Allemagne où la proportion des demandes émanant du système de justice pénale a également augmenté (passant de 21,7 % à 26,7 %).

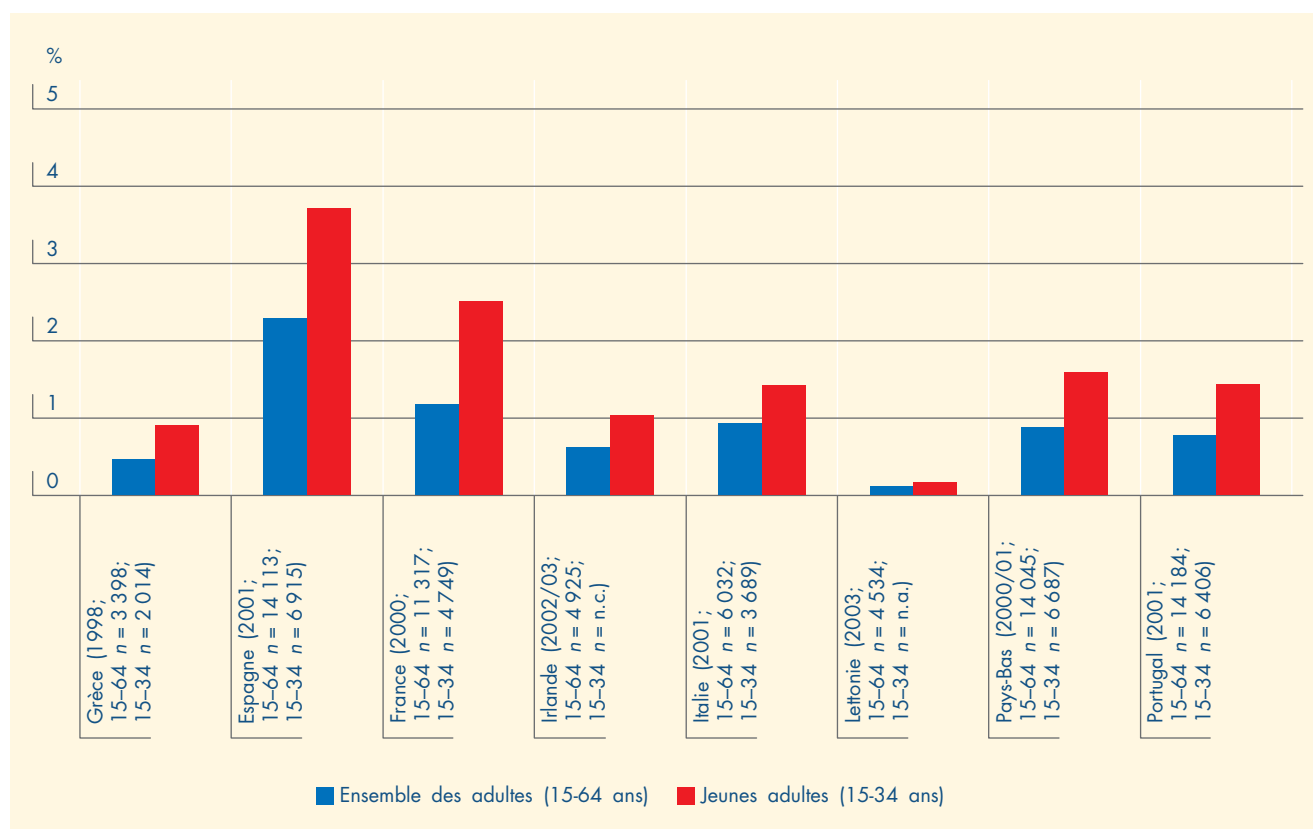
Aucune donnée vérifiable sur les caractéristiques sociodémographiques des patients consommateurs de cannabis n'est disponible, bien que certains rapports nationaux (République tchèque, France et Luxembourg) décrivent une augmentation du nombre de patients souffrant de difficultés scolaires, sociales et psychologiques. Entre 2001 et 2002, la proportion des consommateurs quotidiens parmi les patients traités pour consommation de cannabis a augmenté, passant de 31,7 % à 39,2 % ⁽¹⁶⁶⁾; certains pays signalent que la proportion des consommateurs quotidiens est plus élevée chez les patients plus âgés (> 20 ans).

Le cannabis dans la population générale: de la consommation expérimentale à un usage quotidien

Comme il est décrit plus haut, bien que la consommation de cannabis ait nettement augmenté dans presque tous les pays au cours des années 90 et que le cannabis soit la drogue la plus consommée, la plus grande part de cette consommation reste occasionnelle ou de courte durée. Il est probable que ceux qui sont les plus exposés au risque de développer des troubles ou de devenir dépendant sont ceux qui consomment la drogue de manière intensive, mais c'est dans ce domaine que les sources d'informations sont les plus réduites, bien que l'on sache que les consommateurs récents (consommation au cours des 30 derniers jours) sont généralement des jeunes hommes vivant dans des zones urbaines.

La «consommation au cours des 30 derniers jours» est un indicateur de la consommation actuelle et comprend ceux qui consomment la drogue de manière intensive. Dans des

Graphique 31 — Proportion de «consommateurs quotidiens ou quasi quotidiens» de cannabis parmi les adultes et les jeunes adultes dans certains pays de l'UE, mesurée par enquêtes de population nationales



NB: Consommateurs quotidiens ou quasi quotidiens = consommation sur 20 jours ou plus au cours du mois précédent l'interview.

Les données proviennent des enquêtes nationales les plus récentes disponibles dans chaque pays.

Les tranches d'âge pour l'ensemble des adultes sont de 15 à 64 ans (44 ans en Italie) et de 15 à 34 ans pour les jeunes adultes. Les différences entre les tranches d'âge peuvent se traduire par de légères disparités entre les pays.

Sources: Rapports nationaux Reitox 2003, extraits de rapports d'enquêtes ou d'articles scientifiques. Voir également les tableaux épidémiologiques standard dans le bulletin statistique 2004.

⁽¹⁶⁵⁾ Voir le graphique 27 EL: Source de la demande de traitement pour l'ensemble des patients, 2000-2002.

⁽¹⁶⁶⁾ Voir le graphique 28 EL: Fréquence de consommation chez l'ensemble des patients consommateurs de cannabis et IDT_Tbl.8 dans le bulletin statistique 2004.

enquêtes récentes, si l'on exclut la Suède (0,1 %), 1 à 7 % de l'ensemble des adultes et 3 à 12 % des jeunes adultes déclarent avoir consommé cette drogue au cours des 30 derniers jours. Toutefois, on relève des différences entre les pays, et la consommation actuelle est plus fréquente en République tchèque, en Espagne, en France, en Irlande et au Royaume-Uni. Dans les pays où il est possible d'analyser les tendances de la consommation récente au cours du temps, on note une augmentation, quoique non spectaculaire.

Les données permettant d'examiner en détail la fréquence de la consommation du cannabis au cours des 30 derniers jours sont disponibles dans neuf pays — la Grèce, l'Espagne, la France, l'Irlande, l'Italie, la Lettonie, les Pays-Bas, le Portugal et la Finlande (données non présentées). À une exception près (la Lettonie), environ un quart (19 à 33 %) de ceux qui ont consommé du cannabis au cours du mois précédent l'ont fait à une fréquence quotidienne ou quasi quotidienne ⁽¹⁶⁷⁾ ⁽¹⁶⁸⁾. Dans ces pays, les consommateurs quotidiens représentaient entre 0,5 et 2,3 % de la population totale ⁽¹⁶⁹⁾ et entre 0,9 et 3,7 % des jeunes adultes (15-34 ans) (graphique 31). La plupart (76 à 92 %) de ceux qui ont reconnu avoir consommé du cannabis au cours du mois précédent étaient âgés de 15 à 34 ans et, par conséquent, les consommateurs quotidiens étaient également concentrés dans cette tranche d'âge. En outre, les consommateurs quotidiens sont majoritairement des hommes, bien que la proportion varie entre 62 % aux Pays-Bas et 92 % en Grèce.

À partir de ces données, il est possible d'établir une estimation approximative du nombre de personnes consommant du cannabis de façon intensive en Europe. En supposant qu'environ 1 % de la population consomme du cannabis quotidiennement, dans un pays de 25 millions d'habitants (âgés de 15 à 64 ans) on compterait 250 000 consommateurs quotidiens de cannabis. Dans l'ensemble de l'UE, avec une population totale de 302 millions d'habitants âgés de 15 à 64 ans, la prévalence serait d'environ 3 millions de consommateurs.

Même parmi les jeunes adultes, la consommation intensive de cannabis varie selon les cohortes d'âge, et elle est généralement plus élevée chez les tranches d'âge inférieures. Dans l'enquête espagnole en milieu scolaire portant sur l'année 2002, 3,6 % des lycéens de 14 à 18 ans déclaraient une consommation quotidienne ou quasi quotidienne (c'est-à-dire à l'extrémité supérieure de la fourchette déterminée chez les jeunes adultes âgés de 15 à 34 ans). En outre, dans l'enquête annuelle française portant sur les 17-19 ans (Escapade), la consommation quotidienne de cannabis au cours des 30 derniers jours était encore élevée, déclarée par 9,2 % des garçons et 3,3 % des filles (Beck et Legleye, 2003).

Les effets de la dépendance ou de l'abus du cannabis semblent moins graves que ceux des autres drogues. La plupart des consommateurs intensifs de cannabis semblent être des jeunes gens relativement bien intégrés, qui sont plus exposés au risque d'autres problèmes sociaux (accidents de la circulation, abandon de la scolarité ou perturbations familiales) qu'à celui de la délinquance, et les interventions devraient être appropriées et ne pas créer d'autres problèmes ou aboutir à l'exclusion.

Questions liées à la puissance et au dosage du cannabis

Des spéculations ont été émises sur l'éventualité qu'une augmentation de la puissance du cannabis soit en partie responsable de l'augmentation des troubles et, par conséquent, des admissions en traitement. La compréhension des questions liées à la puissance du cannabis, à la dose reçue par chaque consommateur et à son impact potentiel sur les troubles aigus et chroniques soulève un certain nombre de questions complexes. Pour analyser les faits scientifiques disponibles sur la puissance du cannabis, l'OEDT a mené une étude spécifique dont les principaux résultats peuvent être consultés dans l'encadré page 90.

La puissance du cannabis n'est qu'un facteur parmi d'autres dans le calcul de la dose qu'une personne recevra sur une période donnée (Hall et al., 2001). Le mode d'administration, la manière de fumer, la quantité de cannabis fumée au cours d'une séance et le nombre de séances effectuées par un individu sont tout aussi importants, voire plus, pour calculer son niveau d'exposition au risque. Le cannabis à haute puissance a toujours été disponible dans une certaine mesure, et les inquiétudes à ce sujet ne datent pas d'aujourd'hui. Il importe également de noter qu'il n'est pas clair de savoir si les consommateurs de cannabis modifient leur comportement afin d'atteindre l'effet désiré du dosage. C'est pourquoi des recherches s'avèrent encore nécessaires afin de déterminer jusqu'à quel point le cannabis à haute puissance nécessite forcément des doses élevées.

Répondre aux besoins de ceux qui souffrent de troubles liés au cannabis

Il est fondamental de comprendre les besoins de ceux qui sollicitent de l'aide pour des problèmes liés au cannabis afin de développer des solutions efficaces. L'analyse de la demande de traitement et des autres indicateurs suggère que les consommateurs de cannabis orientés vers un traitement, tout comme l'ensemble des consommateurs, constituent une population hétérogène, ayant donc des besoins hétérogènes. Cela indique qu'un large éventail de

⁽¹⁶⁷⁾ Dans cette partie, les informations se référeront à une «consommation sur 20 jours ou plus au cours des 30 derniers jours», exprimée également en tant que «consommation quotidienne ou quasi quotidienne». Le questionnaire modèle européen prévoit de recueillir le nombre exact de jours de consommation, mais pour le signalement des chiffres nationaux la fréquence de consommation a été regroupée en quatre catégories distinctes, la plus élevée étant «20 jours ou plus».

⁽¹⁶⁸⁾ Voir graphique 29 EL: Proportion d'utilisateurs quotidiens (ou quasi quotidiens) parmi les adultes (âgés de 15 à 64 ans) ayant utilisé le cannabis au cours du mois précédent.

⁽¹⁶⁹⁾ La proportion de «consommateurs au cours du mois précédent» multipliée par la proportion de «consommateurs quotidiens ou quasi quotidiens», soit 6 % (prévalence au cours du mois précédent) × 25 % (proportion ayant consommé «20 fois ou plus») = 1,5 %.

La puissance du cannabis (source: OEDT, 2004c)

1. Les pays de l'UE se classent dans deux catégories distinctes selon le produit le plus fréquemment consommé entre l'herbe et la résine de cannabis. Sur les pays pour lesquels on dispose d'informations, la résine de cannabis était plus fréquente en Allemagne, en Irlande, au Portugal et au Royaume-Uni, tandis que le cannabis sous forme d'herbe est plus courant en Belgique, en République tchèque, en Estonie, aux Pays-Bas et en Autriche.
2. Il n'y a pas eu de tendance à la hausse à long terme de la puissance de l'herbe ou de la résine de cannabis importées en Europe. Dans tous les pays de l'UE, à l'exception possible des Pays-Bas, la plupart du cannabis consommé est importé, bien que l'on manque actuellement de données systématiques sur la disponibilité de l'herbe de cannabis produite localement.
3. La culture du cannabis en intérieur se pratique dans une certaine mesure dans l'ensemble des pays européens. Aux Pays-Bas, on estime que ce produit représente plus de la moitié du cannabis consommé mais, dans la plupart des pays, les produits importés représentent une part plus importante.
4. L'herbe de cannabis cultivée en intérieur à l'aide de méthodes intensives (par exemple des systèmes hydroponiques avec un éclairage artificiel, une reproduction par des boutures et le contrôle de la durée du jour) possède généralement une teneur en THC supérieure à la drogue importée. Bien que la fourchette de puissance de l'herbe de cannabis «maison» se recoupe avec celle du cannabis importé, la puissance moyenne du cannabis «maison» peut être deux à trois fois supérieure à celle du cannabis importé.
5. Les augmentations globales de puissance du cannabis signalées dans certains pays peuvent être presque entièrement attribuées à l'augmentation de la culture de cannabis «maison».
6. D'après les informations disponibles sur la part de marché des différents produits à base de cannabis, la puissance effective est restée relativement stable dans presque tous les pays pendant plusieurs années, à un niveau de 6 à 8 %. La seule exception est les Pays-Bas, où, en 2001, elle a atteint 16 %.
7. Aux Pays-Bas, la résine de cannabis produite localement a une teneur en THC particulièrement élevée, mais cette substance est encore peu courante dans ce pays et presque inconnue ailleurs.
8. Les déclarations émises dans les médias populaires selon lesquelles la puissance du cannabis a été multipliée par dix voire plus au cours des dernières décennies ne sont pas étayées par les données limitées provenant des États-Unis ou d'Europe. Les changements les plus marqués en termes de puissance ont été observés aux États-Unis, mais il faut savoir qu'avant 1980 la puissance antérieure du cannabis aux États-Unis était faible par rapport aux normes européennes.
9. La conclusion globale de cette étude est que quelques modifications minimales de la teneur en THC ont été observées dans certains pays et sont en grande partie dues à l'apparition relativement récente du cannabis de culture domestique au sein de l'UE. En outre, on peut noter que la teneur en THC des produits à base de cannabis est extrêmement variable. Il existe clairement un besoin d'information en vue de développer des systèmes de suivi qui puissent évaluer la part de marché des différents produits à base de cannabis et surveiller les modifications au cours du temps. Actuellement, ces informations sont largement inexistantes.
10. L'étude identifie un certain nombre de domaines importants qui méritent d'être abordés pour bien évaluer les questions liées à la puissance du cannabis. Ces domaines sont les suivants: le consensus concernant la nomenclature des produits à base de cannabis; l'amélioration du suivi des informations relatives au marché; l'amélioration des normes d'analyse de laboratoire; la collecte et la présentation de données au niveau européen; les études destinées à analyser la relation entre le fait de fumer, la puissance et les niveaux de THC/métabolite dans le sang en Europe, et la nécessité d'examiner dans quelle mesure le cannabis à forte puissance résulte en une exposition individuelle plus forte aux doses et quelle peut être la relation éventuelle avec des problèmes de santé. On note que les coûts et les bénéfices de l'apport de solutions différentes selon le type de produit à base de cannabis méritent d'être examinés.

réponses est nécessaire, allant des activités de prévention et de réduction des risques jusqu'au traitement proprement dit. On peut éventuellement douter de l'opportunité d'orienter les jeunes dont la consommation de cannabis n'est qu'occasionnelle vers les centres spécialisés dans la toxicomanie. La réponse à cette question dépend largement de la façon dont sont configurés les services et de la mesure dans laquelle les patients côtoient les usagers chroniques d'autres substances. Néanmoins, l'identification d'une

orientation appropriée pour ceux qui présentent des modèles de consommation du cannabis différents demeure une question importante qui mérite d'être approfondie.

En matière de prévention, rares sont les initiatives qui ont été conçues spécifiquement pour lutter contre l'augmentation de la consommation de cannabis chez les jeunes, étant donné que la prévention est rarement spécifique à une substance. Toutefois, certains États membres signalent des

évolutions dans ce domaine, en adoptant deux grandes stratégies: 1) en soulignant le risque que les jeunes consommateurs de cannabis soient impliqués dans des affaires relevant de la justice pénale; et 2) en tentant d'inverser la perception sociale de la consommation de cannabis en tant que comportement normatif par des campagnes médiatiques générales ou ciblées.

En Allemagne, en Grèce, en Irlande, en Finlande et au Royaume-Uni, on a introduit des mesures visant à réduire les conséquences psychosociales des premières infractions pour consommation de cannabis chez les adolescents. Un récent exemple (depuis 2000) en est le programme FRED en Allemagne, qui est maintenant opérationnel dans huit Länder et propose aux jeunes usagers de drogue une intervention précoce sur une courte durée, fondée sur le volontariat ⁽¹⁷⁰⁾. Au Royaume-Uni, les équipes d'aide aux jeunes délinquants travaillent de façon similaire. À la suite d'un changement dans la façon dont certains aspects de la consommation du cannabis étaient traités par le système de justice pénale et au reclassement de la drogue (qui passe de la catégorie B à la catégorie C), c'est la possession plutôt que la consommation de cannabis qui constitue l'infraction, la possession étant passible d'avertissement. Il existe un processus particulier permettant de donner officiellement des avertissements aux jeunes (c'est-à-dire à ceux âgés de moins de 18 ans). Le Royaume-Uni a également lancé une grande campagne médiatique pour réaffirmer la nature néfaste et illicite du cannabis.

Une autre initiative récente vise à amener la campagne de prévention dans les *coffee shops* (bars spécialisés), où de petites quantités de cannabis sont disponibles. Cette intervention prend la forme d'une formation et d'un manuel destiné aux propriétaires de *coffee shops*, afin de prévenir les problèmes liés à la drogue dans ces établissements. Le manuel fournit des informations sur le cannabis, la législation sur les stupéfiants, les troubles psychiatriques, les premiers secours ainsi que les compétences entrepreneuriales et éducatives. Aux Pays-Bas, il existe une tradition d'approches directes et personnalisées de la consommation du cannabis, comme l'atteste la Semaine du hashish et de la marijuana ⁽¹⁷¹⁾, lors de laquelle les grands consommateurs de cannabis tiennent des réunions de groupe pour débattre des conséquences de l'usage intensif de la drogue et des possibilités de modification des comportements.

Dans une certaine mesure, ces approches adoptent une démarche reposant à la fois sur la réduction des risques et sur la prévention. Toutefois, en dépit de la relation bien connue entre le fait de fumer et les problèmes respiratoires et malgré les inquiétudes croissantes concernant l'effet néfaste de la consommation intensive de cannabis sur la santé, les interventions visant à réduire les risques liés à la consommation de cannabis restent peu développées comparées à celles qui visent les consommateurs d'autres drogues.

Les possibilités de traitement disponibles pour ceux qui souffrent de troubles liés au cannabis se trouvent pour la plupart dans les centres de traitement proposant des soins aux toxicomanes usagers de drogue licites ou illicites ou présentant d'autres types de toxicomanies. Des services destinés aux consommateurs de cannabis sont signalés dans certains pays (Danemark, Allemagne, Grèce, France, Pays-Bas, Autriche, Suède et Norvège), mais, généralement, les soins spécialisés de ce type semblent extrêmement limités. Dans de nombreux pays, les services de traitement destinés aux usagers de cannabis à problème sont intégrés dans les centres généraux de traitement de la toxicomanie (Belgique, République tchèque, Danemark, Allemagne, Espagne, France, Irlande, Italie, Luxembourg, Pays-Bas, Autriche, Portugal, Slovaquie et Norvège).

La plupart des personnes souffrant de troubles liés au cannabis sont traitées aux côtés des patients sous traitement pour consommation problématique d'autres drogues illicites, habituellement des opioïdes. Étant donné qu'un grand nombre de ces centres de traitement spécialisés dans la toxicomanie sont configurés pour répondre aux besoins d'une population souvent chaotique et marginalisée, on peut se demander s'ils sont adaptés à ceux qui ont des besoins moins urgents, comme la plupart des consommateurs de cannabis. Les services de traitement des États membres sont conscients de ces questions, et un certain nombre de pays, dans leurs rapports nationaux Reitox, ont observé qu'il pouvait être contre-productif et défavorable de mélanger les usagers de cannabis à problème avec les héroïnomanes ou les polytoxicomanes, et ont cité ce fait comme l'une des raisons pour laquelle les consommateurs de cannabis ne devraient pas être hospitalisés. Le rapport national autrichien suggère que les soins en hospitalisation, si nécessaire, devraient de préférence avoir lieu au sein d'un service de psychiatrie générale pour adolescents plutôt que dans une unité spécialisée dans la toxicomanie. Parmi les récentes innovations signalées par les États membres pour répondre aux besoins des consommateurs de cannabis, on peut citer un «manuel de traitement cognitif» pour les consommateurs chroniques de cannabis, produit en Suède, un site internet d'autoassistance créé aux Pays-Bas et concernant la consommation problématique de cannabis, ainsi que l'introduction du traitement par acupuncture en Finlande.

Conclusions

Cette analyse a pour objectif de placer dans un contexte analytique élargi l'augmentation des demandes de traitement pour le cannabis qui a été observée. Ce faisant, il apparaît que beaucoup de questions importantes, qui sont fondamentales pour un débat politique en toute connaissance de cause sur ce sujet controversé, restent sans réponse. Il est également manifeste que les faits probants dont on dispose ne justifient pas d'adopter une attitude alarmiste, mais qu'il n'y a pas non plus là matière à satisfaction.

⁽¹⁷⁰⁾ Des informations complémentaires sur ce programme et d'autres programmes de prévention sont disponibles à partir de la base de données EDDRA de l'OEDT (http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=2091).

⁽¹⁷¹⁾ http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=385.

Les personnes souffrant de troubles liés au cannabis constituent une proportion non négligeable des demandes de traitement dans les centres spécialisés de certains pays, et forment une sous-catégorie importante au sein de l'ensemble de la population sous traitement. La plupart sont des jeunes hommes, généralement âgés d'une vingtaine d'années, et la plupart ont commencé à consommer la drogue à l'âge de 16 ou 17 ans.

Les patients pour usage de cannabis présentent des modèles de consommation différents de ceux qui consomment d'autres substances; et il existe en outre des disparités importantes parmi les patients traités pour usage de cannabis. Le profil des différentes sous-catégories d'usagers de cannabis sous traitement est susceptible d'être directement lié à la compréhension de leurs besoins, et ainsi à l'apport de solutions appropriées. Les facteurs importants sont la fréquence de consommation, la consommation actuelle et antérieure d'autres drogues et la source de la demande de traitement. À partir de la synthèse des rapports nationaux et des données IDT, on peut nettement discerner deux grands profils de patients:

- les jeunes consommateurs, souvent élèves ou étudiants, orientés vers les services de traitement par leur famille ou leur établissement scolaire et consommant du cannabis seul ou parfois en association avec de l'alcool ou des stimulants;
- les polytoxicomanes, qui sont habituellement plus âgés et moins intégrés socialement, orientés vers le traitement le plus souvent par la justice ou par des services sanitaires et sociaux, et se recoupant avec la population des toxicomanes chroniques.

En outre, certains éléments démontrent qu'il existe un autre groupe orienté vers le traitement par les autorités judiciaires et qui ne consomme pas d'autres drogues, et semble être uniquement composé de consommateurs occasionnels de cannabis.

En tenant compte de l'évolution au cours du temps des caractéristiques des demandes de traitement pour le cannabis en tant que drogue primaire, les informations disponibles indiquent:

- une augmentation du nombre de patients orientés vers le traitement par le système de justice pénale dans certains pays;
- une augmentation des demandes de traitement émanant de la famille et d'autres réseaux de soutien social (famille, amis, services sociaux, établissement scolaire);
- une augmentation de la part de la consommation intensive (quotidienne) de cannabis, bien que les consommateurs quotidiens restent minoritaires;
- une augmentation du niveau de difficultés sociales et éducatives dans certains pays, même si les données sont limitées à ce sujet.

Vu l'augmentation des demandes de traitement, il apparaît que les changements dans la pratique de l'orientation en traitement ont une influence et il semble qu'une proportion importante de ceux qui sont orientés vers un traitement ne soient pas des consommateurs de drogue intensifs. Néanmoins, dans certains pays du moins, un nombre important de demandes de traitement provient de personnes dont la consommation de cannabis est intensive. Les problèmes rencontrés par ce groupe restent mal compris et il est urgent d'entreprendre des recherches dans ce domaine. L'observation selon laquelle la majorité des demandes de traitement émanant de personnes très jeunes concernent le cannabis suggère la nécessité d'une prise en compte spécifique des besoins, des voies d'orientation et des solutions à apporter à ce groupe.

Il est également important de reconnaître que la demande de traitement n'est pas un indicateur direct de l'ampleur et de la nature des troubles liés au cannabis. Les données d'enquête en population générale indiquent que par rapport à la consommation occasionnelle, la consommation intensive de cannabis est relativement rare. Toutefois, l'usage très répandu du cannabis signifie qu'un nombre considérable de personnes peuvent consommer cette drogue de manière intensive — au moins pendant une période de leur vie.

D'après les estimations, la consommation intensive concernerait entre 0,5 et 2 % de la population adulte et entre 1 et 3 % des jeunes adultes. La prévalence chez les jeunes hommes est probablement beaucoup plus élevée. Il est difficile d'établir, à partir des faits probants provenant des enquêtes, une vue d'ensemble du nombre de consommateurs connaissant des problèmes liés au cannabis ou entrant dans la dépendance à cette drogue. Bien que les effets de la dépendance ou de l'abus de cannabis soient moins graves que ceux des autres drogues, ils peuvent toutefois avoir un impact considérable en termes de santé publique en raison de l'ampleur de la consommation et du fait qu'un grand nombre de ceux qui sont le plus touchés sont jeunes et peuvent consommer la drogue de façon intensive à un stade important de leur développement ou lorsqu'ils sont particulièrement vulnérables. Au sein des familles ou des communautés défavorisées, la dépendance ou l'abus de cannabis peut aggraver les difficultés de l'usager par un effet négatif sur les possibilités d'études ou d'emploi.

En résumé, on note encore un besoin crucial d'entreprendre des recherches afin de parvenir à une compréhension de la relation entre les différents modèles de consommation du cannabis et le développement de troubles. On ne comprend pas encore bien dans quelle mesure les consommateurs de cannabis rencontrent des problèmes et la nature de ces troubles éventuels. Des outils méthodologiques sont nécessaires pour évaluer les problèmes au niveau de la population. Ces informations sont un préalable au développement, au ciblage et à la mise en œuvre de réponses efficaces en termes de santé publique face à la consommation de cannabis en Europe.