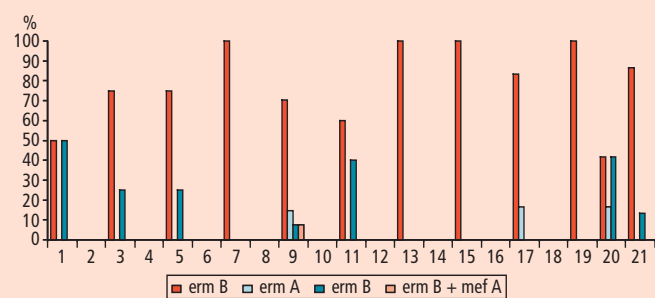


Figure 1 Répartition régionale des gènes de résistance parmi les souches résistantes à l'érythromycine (n=125), France, 2005-2006

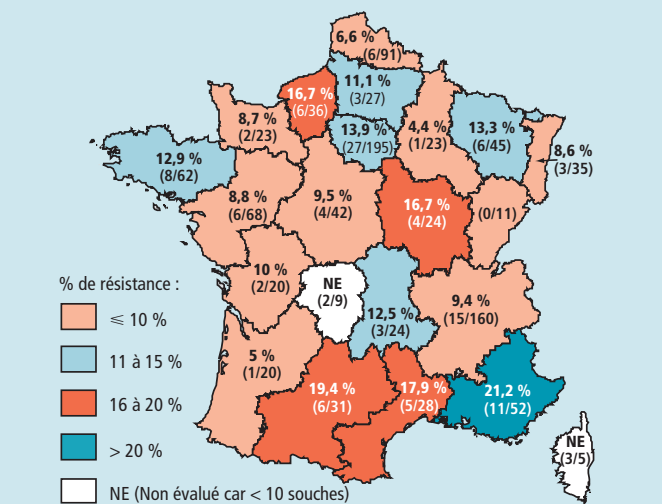
Figure 1 Regional distribution of resistance genes among erythromycin-resistant strains (n=125), France, 2005-2006



1 Bourgogne (4)	8 Basse-Normandie : NE	15 Midi-Pyrénées (6)
2 Alsace : NE	9 Ile-de-France (27)	16 Picardie : NE
3 Bretagne (8)	10 Champagne-Ard. : NE	17 Nord-Pas-de-Calais (6)
4 Aquitaine : NE	11 Languedoc-Roussillon (5)	18 Poitou-Charentes : NE
5 Centre (4)	12 Corse : NE	19 Pays de la Loire (6)
6 Auvergne : NE	13 Lorraine (6)	20 Provence-Alpes-Côtes-d'Azur (12)
7 Haute-Normandie : NE	14 Limousin : NE	21 Rhône-Alpes (15)

Le nombre de souches par région figure entre parenthèses à côté de chaque nom. NE = Non évaluation car < 4 souches.

Figure 2 Répartition géographique des taux de résistance aux macrolides, France, 2005-2006 / **Figure 2** Geographical distribution of macrolide resistance rate, France, 2005-2006



Pourcentage et nombre de souches de SGA non sensibles à l'érythromycine (I+R ; CA-SFM) selon les régions / GAS strains NS (I+R ; CA-SFM) to erythromycin according to region

gines aigües en Bourgogne en 2000-2001 était de 15 % [1]. Dans l'étude actuelle nous retrouvons 16,7 % de souches résistantes à l'ERY dans cette région. La proportion de souches résistantes ne semble donc pas avoir diminué malgré la baisse de consommation d'antibiotiques en France de 12,8 % rapportée entre 2002 et 2005 par l'Assurance maladie [7].

Différentes publications rapportent qu'une baisse de la consommation d'antibiotiques se traduit tardivement par une diminution des résistances [8]. En Finlande, le taux de résistance des SGA à l'ERY a commencé à décliner de façon significative deux ans après l'application des mesures de réduction de l'exposition aux macrolides [9]. Il semble donc difficile d'impliquer de manière importante l'effet de la baisse de consommation d'antibiotiques récemment constatée en France [8] dans le taux de résistance retrouvé dans la présente étude, réalisée entre novembre 2005 et juin 2006.

Ces résultats soulignent donc le besoin d'explorations complémentaires concernant les facteurs impliqués dans la diffusion des souches de SGA résistantes aux macrolides : outre la consommation d'antibiotiques, l'existence de clones et leur potentiel épidémique (indépendamment de toute pression de sélection), le rôle potentiel des résistances y compris la co-résistance aux tétracyclines et leur support génétique méritent d'être mieux analysés.

Contexte de réalisation et remerciements

Ce travail a été réalisé sous la coordination d'un comité de pilotage composé du Pr Édouard Bingen, Pr Patrick Choutet, Dr Robert Cohen, Dr Didier Guillemot, Dr Yves Péan, Pr Henri Portier, Pr Claire Poyart et Dr Philippe Weber. Il a été financé par Le laboratoire Abbott France qui a réalisé la mise en œuvre du dispositif d'investigation. Nous remercions tout particulièrement l'ensemble des médecins généralistes qui ont accepté de participer à ce travail dont la liste est disponible sur la version électronique du BEH.

Références

[1] Bouvet A, Aubry-Damon H, Péan Y. Emergence de la résistance aux macrolides des *Streptococcus pyogenes* ou

streptocoques bêta-hémolytiques du groupe A. Bull Epidemiol Hebd 2004, N° 32-34:154-5.

[2] AFSSAPS. Antibiothérapie par voie générale en pratique courante au cours des infections respiratoires basses de l'adulte et de l'enfant. Octobre 2005.

[3] Report of the Comité de l'antibiogramme de la Société française de microbiologie. Clinical Microbiology and Infection 1996, volume 2 suppl. 1.

[4] Comité de l'antibiogramme de la Société française de microbiologie. Communiqué 2006, édition de Janvier 2006 ; <http://www.sfm.asso.fr>

[5] Bingen E, Fitoussi F, Doit C, Cohen R, Tanna R, George R, et al. Resistance to macrolides in *Streptococcus pyogenes* in France in paediatric patients. Antimicrob. Agents Chemother 2000; 44:1453-7.

[6] Beall B, Facklam R, Thompson T. Sequencing emm-specific PCR products for routine and accurate typing of group A streptococci. J Clin Microbiol 1996; 34:953-8.

[7] Assurance maladie. Dossier de presse du 18 octobre 2005, www.ameli.fr.

[8] Albrich WC, Monnet DL, Harbarth S. Antibiotic selection pressure and resistance in *Streptococcus pneumoniae* and *Streptococcus pyogenes*. Emerg Infect Dis 2004; 10(3):514-7. www.cdc.gov/eid.

[9] Seppala H, et al. The effect of changes in the consumption of macrolide antibiotics on erythromycin resistance in group A streptococci in Finland. New Engl J Med 1997; 337:441-6.

Les usagers des consultations cannabis, France, 2005

Ivana Obradovic (ivobr@ofdt.fr)

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), Saint-Denis, France

Résumé / Abstract

Introduction – Le cannabis est le produit psychoactif illicite le plus consommé en France. En 2005, la MILDT a lancé les consultations cannabis (CC) qui ont accueilli, au cours des 12 premiers mois, 15 200 consommateurs et 12 400 personnes de l'entourage d'un consommateur.

Méthode – Dès l'installation de ce dispositif, l'OFDT a mis en place une enquête par questionnaire auprès des professionnels recevant les patients un mois donné, afin de décrire les profils et les pratiques des usagers. Les patients étaient ensuite suivis pendant 14 semaines.

The users of newly implemented cannabis clinics, France, 2005

Background – Cannabis is the most widely used illicit psychoactive substance in France. In 2005, a governmental setting (MILDT) implemented cannabis clinics (CC). During the first 12 months, these specific services met the demand for treatment or advice arising from 15,200 cannabis users and 12,400 relatives.

Résultats – Environ 95 % des CC ont participé, soit 4 202 consultants, dont 3 000 consommateurs, en majorité des garçons (80 %), mineurs ou jeunes adultes (90 %). La moitié fait état d'un usage quotidien de cannabis. Près de 40 % des recours sont d'origine judiciaire (surtout chez les jeunes adultes masculins), contre 30 % de demandes spontanées (plutôt féminines) et 30 % de recours à la demande d'un tiers de l'entourage (pour les mineurs). Près de 60 % des usagers sont diagnostiqués en situation d'abus ou de dépendance : parallèlement, 47 % de l'ensemble des consultants sont reçus par un médecin ou un psychologue.

Discussion-Conclusion – Les CC fonctionnent comme une plate-forme de repérage, d'information et/ou d'orientation des publics en situation d'abus ou de dépendance. Ce premier bilan apporte des éléments nouveaux, notamment sur le « décrochage » en cours de suivi, qui seront approfondis dans l'édition 2007 de l'enquête.

Mots clés / Key words

Cannabis, usagers de drogues, abus, dépendance, usage problématique de drogue / Cannabis, drug users, drug misuse, dependence, problematic drug use

Introduction

Le cannabis est le produit psychoactif illicite le plus expérimenté et le plus consommé en France, en particulier chez les jeunes. En 2005, à 17 ans, la moitié des adolescents déclarait avoir fumé du cannabis au moins une fois dans leur vie mais 15 % des garçons et 6 % des filles de cet âge faisaient état d'un usage régulier¹ du produit [1].

L'objectif de « casser l'expansion du cannabis » a été affirmé en 2004 comme une priorité de l'action gouvernementale en matière de toxicomanie [2]. Un dispositif de consultations spécifiques visant à offrir une intervention adaptée aux jeunes usagers et à leurs familles a été mis en place, dans le sillage de la campagne d'information sur les effets de la consommation de cannabis lancée par la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt), avec l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes). Ces consultations ont été conçues pour proposer une information aux usagers à risque, une prise en charge brève aux usagers en situation d'abus et une orientation vers une prise en charge spécialisée à ceux repérés comme dépendants.

Ces « consultations cannabis » (CC) ont été adossées au dispositif d'addictologie existant : 75 % sont rattachées à un Centre spécialisé de soins aux toxicomanes (CSST), 15 % à un service hospitalier, 10 % à un Centre de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) ou à un CSST/CCAA. L'Observatoire des drogues et des toxicomanies (OFDT) a mis en place, dès le lancement du dispositif, un système d'information mensuelle qui a permis de dénombrer le public reçu au cours des 12 premiers mois d'activité (de mars 2005 à février 2006), soit 15 200 consommateurs (vus une fois ou plus) et 12 400 personnes de l'entourage d'un usager², ainsi qu'une enquête nationale visant à caractériser ce public et le suivi qui lui est offert [3].

Matériel et méthodes

Population étudiée

L'enquête un mois donnée sur les personnes accueillies en CC a été menée par questionnaire anonyme auprès des professionnels qui ont reçu les patients (ou leur entourage) entre le 15 mars et le 15 avril 2005 et les ont suivis jusqu'au 30 juin (pendant 14 semaines).

Données recueillies et méthode d'analyse

Le matériau recueilli permet de décrire l'ensemble des consultants, usagers de cannabis ou non. Il comprend des informations sur le profil socio-démographique des usagers, l'historique de leur(s) consommation(s) de produits psychoactifs, les modalités de recours au dispositif et le « parcours de suivi » (diagnostic, nombre de consultations, délais d'attente, orientation) ; sur le sexe et le statut des non-usagers (parents, conjoints, frères ou sœurs) ainsi que la nature de leur demande (information, conseil, demande de prise en charge ou de soutien). Il renseigne enfin sur les pratiques professionnelles (repérage des consommations nocives, suite donnée à la 1^{re} consultation, etc.).

Les questionnements relatifs au profil sociodémographique des consultants et aux modalités de leur consommation ont été calqués sur l'enquête Escapad, afin de comparer leurs caractéristiques à celles de la population générale (à 17-18 ans). Enfin, les questions visant à évaluer l'usage de cannabis ont permis de distinguer les usages simples des usages à risque, nocifs ou des situations de dépendance, en s'appuyant sur le diagnostic clinique établi par le professionnel lors de l'inclusion du patient dans l'enquête.

Les données recueillies ont fait l'objet d'un traitement statistique à l'aide du logiciel SPSS version 10.1. Les facteurs associés au drop-out ont été étudiés à l'aide d'une régression logistique multivariée

Methods – The French Monitoring Centre for Drugs (OFDT) set up a questionnaire survey regarding professionals who consulted outpatients on a given month in order to describe the users' profiles and practices. Patients were then followed up during 14 weeks.

Results – The response rate was satisfactory (95% of these services). The survey included 4,202 study cases, among whom 3,000 were cannabis outpatients. A large majority of male clients is reported (80%) and 90% are minors or young adults. One half reported a daily cannabis use. Important rates of justice-referred clients are noticeable (40%), particularly among male young adults, while 30% of clients are self-referred (with high proportions of female clients) and 30% are referred by friends or relatives (especially minors). Almost 60% of cannabis users are diagnosed with cannabis abuse or dependence, while 47% of cannabis clinics clients are taken care of by a practitioner or a psychotherapist.

Discussion-Conclusion – These cannabis clinics play the role of screening, information or guidance platforms for outpatients diagnosed with cannabis misuse and dependence. This first assessment brings new information, namely on the drop-out from follow-up, which will be developed in the 2007 survey.

visant à produire des odds ratios ajustés sur des variables individuelles (âge, situation scolaire ou professionnelle, fréquence d'usage du cannabis, origine du recours à la consultation) et des variables liées à la structure prenant en charge l'individu (rattachement à un CSST ou autre, type de professionnel rencontré). Les observations comportant une donnée manquante ont été exclues de la régression.

Résultats

Sur 266 CC, 95 % ont retourné une réponse. En ôtant celles qui étaient fermées ou inactives (aucun patient au cours du mois d'inclusion), l'échantillon effectif comprend 229 CC, réparties dans 95 départements (métropole et Dom). La population décrite représente 4 202 personnes : 72 % de consommateurs et 28 % de personnes de l'entourage d'un consommateur. Ce ratio reflète la structure du public reçu au cours d'un mois donné. Il prend à la fois en compte les consommateurs qui consultent pour la première fois et ceux qui sont déjà venus auparavant en consultation cannabis.

Profil sociodémographique

Les consommateurs reçus en consultation sont en majorité des garçons (80 %). La plupart des personnes de l'entourage d'un consommateur sont des mères (58 %), venues de leur propre chef ou pour accompagner un usager mineur. L'âge moyen des consommateurs est de 21 ans environ, chez les garçons comme chez les filles. Environ 25 % sont mineurs, 62 % sont des jeunes majeurs (18-25 ans) et 13 % ont plus de 25 ans.

Avant 20 ans, la plupart sont élèves ou étudiants. Leur profil scolaire diffère de celui des adolescents en population générale : à 18 ans, ils sont moins

¹ 10 à 19 épisodes de consommation dans les trente derniers jours.

² Source : données du recueil mensuel d'activité, OFDT.

Figure 1 Usage régulier d'alcool (au moins 10 épisodes de consommation dans les trente derniers jours) selon la fréquence d'usage du cannabis, France, 2005 / *Figure 1* Regular alcohol use, according to the frequency of cannabis use, France, 2005

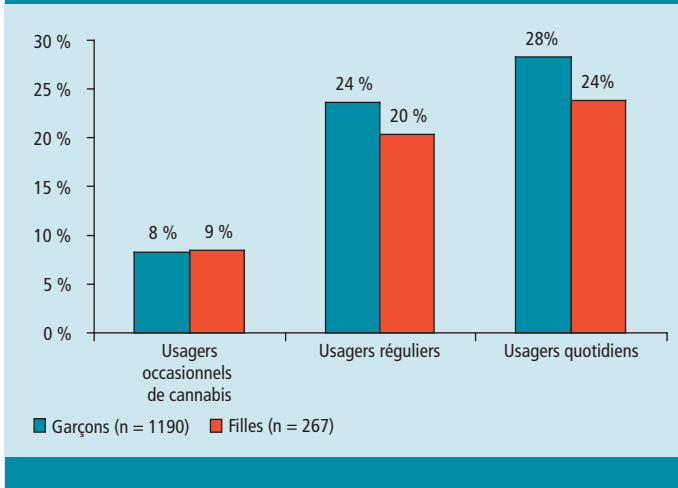
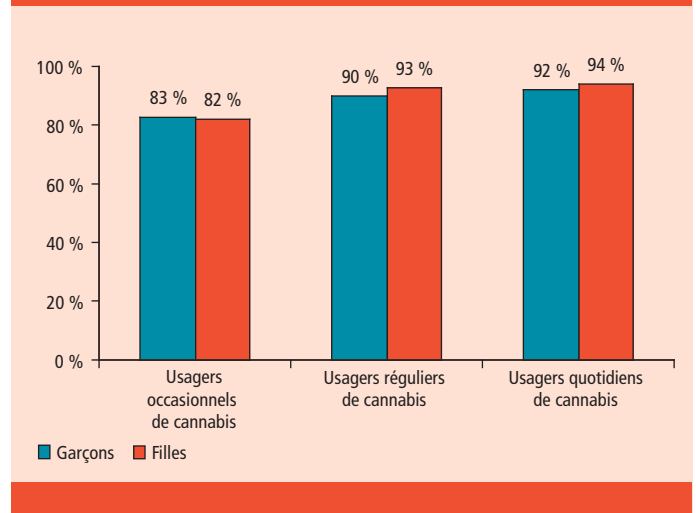


Figure 2 Usage quotidien de tabac, selon la fréquence d'usage du cannabis et le sexe, France, 2005 / *Figure 2* Daily use of tobacco, by cannabis use frequency and sex, France, 2005



souvent scolarisés (78 % vs. 96 % des jeunes interrogés dans l'enquête Escapad 2003 [4]) et ils sont plus souvent inscrits dans des filières d'apprentissage ou de formation alternée (25 % vs. 12 %). Les consommateurs de plus de 25 ans sont en majorité des actifs occupés.

Consommation de substances psychoactives

Les niveaux de consommation de cannabis déclarés sont contrastés : 45 % des consultants sont des usagers quotidiens, 20 % font état d'une consommation régulière (10 à 29 usages dans le mois passé) et 35 % sont des usagers occasionnels (10 % n'ont pas du tout consommé au cours des 30 derniers jours). La fréquence et l'intensité apparaissent étroitement corrélées : 53 % des usagers quotidiens de cannabis disent fumer au moins 5 joints un jour de consommation (vs. 28 % des usagers réguliers). De même, l'usage actuel est corrélé à l'âge d'expérimentation : la première consommation de cannabis est systématiquement plus précoce chez les usagers quotidiens.

L'usage associé de substances licites est courant : la quasi-totalité (88 %) des consultants sont des

fumeurs quotidiens de cigarettes et l'usage régulier d'alcool concerne près d'1 consommateur sur 5 (20 % chez les garçons, 18 % chez les filles). Il est corrélé à l'usage de cannabis : 27 % des usagers quotidiens de cannabis sont des buveurs réguliers, contre 23 % des usagers réguliers et 8 % des usagers occasionnels de cannabis. Les différences par sexe sont d'autant plus marquées dans le sens d'une surconsommation masculine d'alcool que l'usage de cannabis est régulier (figure 1).

Parmi les seuls usagers quotidiens de cannabis, 14 % sont des buveurs quotidiens d'alcool et 92 % sont des fumeurs quotidiens de tabac (les filles un peu plus souvent que les garçons) (figure 2).

L'expérimentation d'ecstasy concerne un quart des consultants âgés de 17-18 ans : elle est un peu plus fréquente que chez les usagers réguliers de cannabis du même âge en population générale (21 % dans Escapad 2003 [4]).

Origine du recours

Le recours aux consultations est différent selon le sexe : chez les garçons, 40 % relèvent d'une injonction judiciaire, contre 30 % de consultations à la demande d'un tiers (entourage familial ou éduca-

tif) et 30 % de démarches spontanées. Chez les filles, les recours spontanés arrivent en tête (41 %), devant les démarches sur suggestion d'un tiers (40 %), loin devant les orientations judiciaires (19 %).

Avant 20 ans, la consultation a lieu à la demande d'un tiers dans la moitié des cas ; entre 20 et 28 ans, elle est majoritairement induite par une décision judiciaire, en particulier chez les garçons ; à partir de 29 ans, les demandes spontanées deviennent prépondérantes. La majorité des consommateurs venus d'eux-mêmes sont en situation de dépendance, contre seulement un quart des consultants adressés par la justice (figure 3).

Suivi proposé

L'accueil est différencié selon les structures et selon les profils : lors du 1^{er} contact, les consommateurs sont vus par un psychologue (35 %), un éducateur (25 %) ou un infirmier (21 %) et seulement 12 % par un médecin. De plus, 5 % des consommateurs sont vus par deux professionnels au moins (le plus souvent, un binôme médecin-infirmier ou éducateur-psychologue). Selon le diagnostic, ils sont invités à poursuivre, ou non, l'évaluation (figure 4).

Figure 3 Diagnostic d'usage, selon l'origine du recours à la consultation, France, 2005 / *Figure 3* Use diagnosis, according to the referral, France, 2005

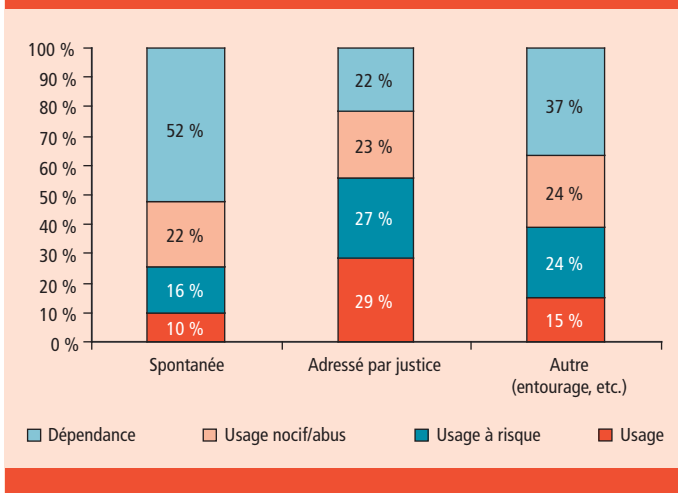
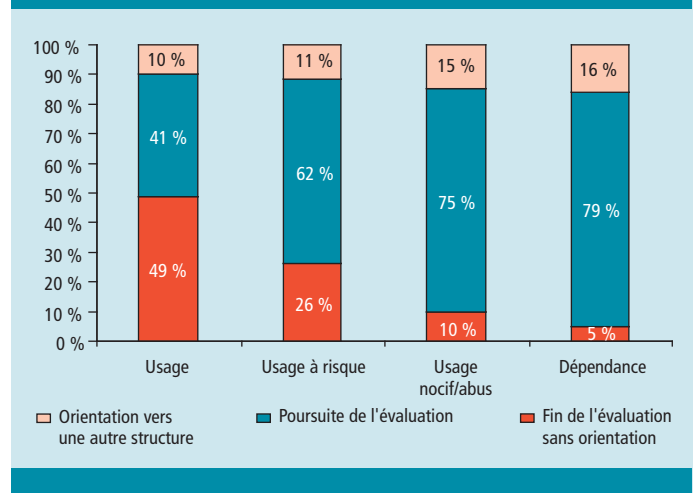


Figure 4 Suite donnée à la première consultation, selon le diagnostic d'usage, France, 2005 / *Figure 4* Clinical management after first session, according to the cannabis use risk-assessment, France, 2005



Ils peuvent, aux différents stades du suivi, être orientés vers une autre structure : groupe de parole ou point écoute dans les cas d'usage à risque (23 %), structure de soins aux toxicomanes quand l'abus (23 %) ou la dépendance (36 %) sont établis par le clinicien (cf. *infra*).

Le suivi proposé aux consultants dure en moyenne 1 mois. Un tiers abandonne le suivi en cours. Ce taux de « drop-out », avoisinant 29 % après la 1^{re} consultation, est particulièrement élevé après la 2^e consultation (55 %) : il se stabilise ensuite, lors des 3^e et 4^e consultations, autour de 25 %. Il apparaît que les jeunes adultes (majeurs de moins de 25 ans) ont, toutes choses égales par ailleurs, deux à trois fois plus de chances que les mineurs de « décrocher » après la 1^{re} consultation.

Pratiques de repérage des consommations nocives

Les 3/4 des CC déclarent utiliser un ou plusieurs outils de repérage des consommations problématiques mais 13 % n'en utilisent aucun. Il peut s'agir de tests validés ou en cours de validation (tels le Cast [5] ou le DETC-CAGE³) aussi bien que de grilles internes, ni uniformes ni comparables entre elles (pour 4 CC sur 10). Du fait de ces pratiques variées, moins de la moitié des consommateurs (48 %) a fait l'objet d'un diagnostic d'usage soutenu par des outils diagnostiques validés et parmi eux, 10 % ont été appréhendés avec deux tests, vs. 2 % avec trois tests différents. Les critères diagnostiques mis en œuvre répondent donc à une appréciation clinique qui n'est pas exclusivement formulée à l'appui des tests de repérage connus. Si les pratiques de dépistage sont hétérogènes, la durée des prises en charge est cohérente avec le résultat des repérages : les usagers identifiés comme étant « à risque » font l'objet de suivis plus courts que ceux qui sont en situation d'abus ou de dépendance. Parmi les usagers jugés à risque, 18 % font l'objet d'un suivi de quatre consultations ou plus, vs 30 % chez les usagers diagnostiqués dépendants qui, quand ils sont vus pour une, deux ou trois consultations, sont ensuite généralement orientés vers un CSST.

Discussion-conclusion

L'une des forces de l'enquête est d'offrir des éléments d'analyse inédits du rôle à géométrie variable joué par ces consultations : écoute, évaluation des risques attachés à la consommation de cannabis, plate-forme d'orientation vers une structure adaptée à chaque profil de consommateur. Elle éclaire aussi sur les corrélations

entre types de consommation et parcours institutionnels.

Néanmoins, elle repose sur un échantillon de consultants qui sous-estime la part des usagers de moins de 26 ans, du fait de l'ambiguïté perçue par les professionnels dans les termes du cahier des charges qui les a conduit à ne retenir dans l'évaluation que les consommateurs les plus jeunes. En outre, l'exploitation statistique s'est heurtée à deux difficultés principales. La première tient à la façon dont ont été remplis les questionnaires, qui a conduit à n'exploiter que les champs dûment complétés. Dans le cas des tris croisés multivariés, le fait d'exclure les questionnaires incomplets a produit des biais de représentativité, difficiles à contrôler. La seconde limite est consubstantielle à l'objectif de l'enquête : décrire une population et des sous-populations sur la base d'un échantillon limité de cas. Dès qu'on use de variables-filtres, les effectifs qui soutiennent l'analyse s'amenuisent et deviennent parfois trop faibles pour produire des conclusions statistiquement significatives.

L'enquête fait apparaître l'hétérogénéité du public, qui comprend une part importante, quoique variable selon les structures, d'usagers de cannabis sous main de justice (38 %). Leur caractéristique principale tient à des consommations modérées, occasionnant des suivis plus courts. Les CC fonctionnent ainsi en partie comme un relais des services judiciaires, incités à multiplier les mesures pénales à dimension sanitaire alternatives aux poursuites [6].

Centrée sur un public de consommateurs au moins occasionnels de cannabis, l'enquête fournit une meilleure connaissance des facteurs associés aux différents profils d'usage. Elle établit une corrélation forte entre usage régulier de cannabis et usages réguliers de tabac et d'alcool, en montrant le lien entre la précocité du tabagisme et l'initiation au cannabis : 1/4 des usagers quotidiens de cannabis à 17-19 ans ont fumé leur première cigarette avant 13 ans.

En outre, l'enquête fait apparaître qu'un tiers environ du public « décroche » en cours de suivi. Ce « drop out » s'explique par la combinaison de deux facteurs, dont le délai d'attente (plus long à partir du deuxième rendez-vous) et la spécialité du clinicien rencontré lors du premier contact : être vu par un professionnel de santé (médecin, infirmier ou psychologue) divise par 2 les chances d'un décrochage. La présence d'un médecin lors du premier contact divise par 4 les chances d'un décrochage (par rapport à un éducateur seul), or 88 % des consommateurs sont vus par un professionnel qui n'est pas médecin.

La présence d'un infirmier divise le risque d'abandon par 3 et celle d'un psychologue par 2. L'effet-professionnel et l'effet-délai jouent au début du suivi.

Enfin, l'étude documente les disparités de pratiques professionnelles, tant du point de vue de l'accueil et des techniques de repérage des consommations nocives que du suivi et de l'orientation assurés en consultation. Les critères d'appréciation de la dépendance et les principes guidant l'orientation semblent peu uniformes : par exemple, moins de la moitié des consommateurs (47 %) sont reçus par un médecin ou un psychologue lors de la première visite ; parallèlement, 58 % des usagers sont diagnostiqués en situation d'abus ou de dépendance, en l'absence, pour une partie d'entre eux, d'une véritable consultation médicale. La question du repérage à l'accueil est donc un des points sensibles relevés par l'enquête, susceptible de peser sur la capacité du dispositif à « retenir » les consultants jusqu'à la fin du suivi.

Evidemment, les résultats de ce premier bilan mériteront d'être confrontés à l'édition 2007 de cette même enquête ainsi qu'à d'autres sources : une comparaison avec les files actives venues en CSST ou en CCAA pour un problème de cannabis en 2005 et en 2006 permettra de mesurer les effets de report du public ou au contraire d'apprécier les mécanismes de sélection de certains types de clientèle.

Remerciements

A tous les professionnels des consultations cannabis qui ont répondu à l'enquête.

Références

- [1] Beck F, Legleye S, Spilka S. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2005, Tendances, n° 48, 2006, Saint-Denis : OFDT.
- [2] Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008, Paris : La Documentation française, 2004.
- [3] Obradovic I. 2006, Consultations cannabis. Enquête sur les personnes accueillies en 2005, Saint-Denis : OFDT.
- [4] Beck F, Legleye S, Spilka S. Drogues à l'adolescence. Niveaux et contextes d'usage de substances psychoactives à 17-18 ans en France : Escapad 2003, 2004, Saint-Denis : OFDT.
- [5] Beck F, Legleye S, Karila L, Reynaud M. « Validation of the CAST, a general population survey cannabis abuse screening test », Journal of substance use (à paraître).
- [6] Circulaire CRIM 05 1 G4-08042005 du 8 avril 2005 relative à la lutte contre la toxicomanie et les dépendances (NOR:JUSD05-30061C).

³ Cast (cannabis abuse screening test) - DETC (diminuer l'entourage trop cannabis) ou DETA-cannabis (diminuer l'entourage trop alcool), adaptation française du CAGE américain (cut, annoyed, guilty, eye-opener).