HAL open science

Les outils de repérage pour les troubles de l'usage du cannabis et leur adaptation au DSM-5 : une revue de littérature

L. Artigaud, C. Fener, M. Bisch, R. Schwan, T. Schwitzer, J. de Ternay, S.J. Adamson, B. Rolland, V. Laprévote

To cite this version:

L. Artigaud, C. Fener, M. Bisch, R. Schwan, T. Schwitzer, et al.. Les outils de repérage pour les troubles de l'usage du cannabis et leur adaptation au DSM-5 : une revue de littérature. L'Encéphale, 2020, 46, pp.382 - 389. 10.1016/j.encep.2020.02.010 . hal-03493941

HAL Id: hal-03493941

https://hal.science/hal-03493941v1

Submitted on 17 Oct 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

Version of Record: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0013700620300804
Manuscript_856a4c53e18b53a36d12cb96b1a7900d

Les outils de repérage pour les troubles de l'usage du cannabis et leur adaptation au DSM-5 : une revue de littérature.

Screening tools for cannabis use disorders and their adaptation to DSM-5: a literature review.

Laura Artigaud[a] (1), Clémentine Fener[a] (1), Michael Bisch (2), Raymund Schwan (1,2,3), Thomas Schwitzer (1,2,3), Julia De Ternay (4), Simon J. Adamson (6), Benjamin Rolland (4,5), Vincent Laprévote (1,2,3)*

1. Université de Lorraine, Faculté de médecine, 54000 Nancy, France
2. Pôle Hospitalo-Universitaire de Psychiatrie d'Adultes et d'Addictologie du Grand Nancy, Centre Psychothérapique de Nancy, Laxou, France
3. INSERM U1114, Fédération de Médecine Translationnelle de Strasbourg, Département de Psychiatrie, Centre Hospitalier Régional Universitaire de Strasbourg, Strasbourg, France
4. Service Universitaire d'Addictologie de Lyon (SUAL), Pôle MOPHA, F-69500, Bron, CH Le Vinatier, France
5. Université de Lyon ; UCBL ; INSERM U1028 ; CNRS UMR5292, Centre de Recherche en Neuroscience de Lyon (CRNL), F-69678, Bron, France
6. Department of Psychological Medicine, University of Otago, Christchurch, New Zealand.

[a] : Ont également contribué à la rédaction de l'article

***auteur correspondant** : Vincent Laprévote
Pôle Hospitalo-Universitaire de Psychiatrie du Grand Nancy, Centre Psychothérapique de Nancy, BP. 11010, 54521 Laxou Cedex
e-mail : Vincent.Laprevote@cpn-laxou.com

Conflits d'intérêt : Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt.

© 2020 published by Elsevier. This manuscript is made available under the CC BY NC user license
https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/

Résumé

Objectifs. – La consommation de cannabis est très répandue en France, notamment parmi les adolescents et jeunes adultes, avec parfois de graves conséquences somatiques, psychiatriques et sociales. Le repérage précoce des troubles de l'usage du cannabis est désormais un enjeu majeur de santé publique. Les questionnaires standardisés reposant sur l'auto déclaration du patient représentent la meilleure option pour ce repérage, du fait de leur fiabilité et de leur simplicité. ***Méthodes***. – Nous avons effectué une revue narrative de la littérature concernant les différents outils de mesure de l'usage du cannabis sur PubMed. Ont été retenus les questionnaires spécifiques au cannabis, validés en populations adolescentes et/ou adultes, issus d'articles scientifiques en langues anglaise ou française parus entre 1995 et 2010. ***Résultats***. – Seize questionnaires ont été retenus. Seuls cinq d'entre eux (CAGE-cannabis, CAST, CUDIT/CUDIT-R, PUM et SDS) possèdent de bonnes caractéristiques pour un repérage dans la pratique clinique quotidienne : brefs (moins de dix questions) et passation rapide (moins de dix minutes). Seul le CAST est validé en langue française. Le CUDIT-R est en cours de validation française et est le seul à être validé en comparaison aux critères diagnostiques du DSM-5. ***Conclusion***. – Ces questionnaires ne se substituent pas à un diagnostic clinique et doivent être suivis d'une évaluation par un spécialiste. Toutefois, ils représentent une médiation intéressante, facilitant la prise de conscience du patient et son engagement dans les soins.

Mots-clefs : Cannabis – Trouble de l'usage du cannabis – Outils de repérage – CUDIT-R

Abstract

Objectives. - Cannabis use is widespread in France, particularly among adolescents and young adults, and can induce severe somatic, psychiatric and social consequences. Early identification and appropriate care of cannabis use disorders thus constitute a major public health issue. Standardized questionnaires based on patient self-reporting are recognized as the best option for identifying cannabis use disorders because of their reliability and simplicity. ***Methods***. - We conducted a narrative literature review on cannabis use assessment tools on PubMed and selected cannabis-specific questionnaires, validated for adolescent and/or adult populations, from scientific articles in English or French between 1995 and 2010. ***Results***. - Sixteen questionnaires were found according to the inclusion criteria. The CAGE-cannabis, the CAST, the CUDIT and its revised version the CUDIT-R, the PUM and the SDS are the only ones that have good characteristics for a short screening tool adapted to daily clinical practice, namely to be brief (fewer than 10 questions) and quick handover (less than 10 minutes). Only the CAST has been validated in French, and the CUDIT-R is currently being validated. In the DSM-5, diagnoses of abuse or addiction have been grouped into a single diagnosis of cannabis use disorders with different levels of severity. It is relevant that tools used for screening take into account these new diagnostic concepts. The CUDIT-R is currently the only one to be validated based on DSM-5 diagnostic criteria. ***Conclusion***. - Among the many questionnaires available, few are suited for daily clinical practice in France because of their complexity, their long duration or the absence of a validated French translation. The CUDIT-R has good psychometric characteristics, is simple to use, and has been validated according to the criteria of DSM-5.

These questionnaires are obviously not a substitute for a clinical diagnosis and must be followed by a specialist's evaluation. However, they remain an interesting mediation, encouraging a patient's awareness and commitment to care.

Keywords : Cannabis – Cannabis Use disorder – Screening tools – CUDIT-R

Introduction

Le cannabis est la drogue illicite la plus consommée en Europe [1]. Un Français sur trois a déjà consommé du cannabis et un sur dix en a consommé durant l'année [2]. On compte 1,4 million de Français comme usagers réguliers dont 700 000 quotidiens. Cette consommation touche plus particulièrement les adolescents et les jeunes adultes avec des chiffres en hausse ces dernières années. Un adolescent de 16 ans sur trois a déjà expérimenté le cannabis et 9 % sont des usagers réguliers à 17 ans. Cela laisse craindre une augmentation de la prévalence des conséquences néfastes du cannabis, qui sont maintenant bien connues. La détection et la prise en charge précoces des troubles de l'usage du cannabis apparaissent alors comme des enjeux majeurs afin d'éviter notamment le développement de cancers, de maladies cardio-vasculaires et respiratoires, l'induction de troubles psychotiques, anxieux et de l'humeur, l'altération des fonctions cognitives, un surrisque de mortalité par accident de voiture et une altération du fonctionnement social (décrochage scolaire, perte d'emploi, problèmes judiciaires) [3]. L'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) rapporte une prévalence de 2 % d'usage problématique du cannabis chez les 18-64 ans et 8 % déjà à l'âge de 17 ans [2]. 56 000 patients sont suivis en raison de leur consommation de cannabis en Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), dont 22 000 adolescents et jeunes adultes accueillis en Consultations Jeunes Consommateurs (CJC). La constante augmentation du nombre de patients pris en charge ces dix dernières années illustre la problématique d'importance croissante du cannabis comme objectif de santé publique.

Afin d'orienter au mieux les usagers vers une prise en charge adaptée et ainsi prévenir les conséquences liées à un usage problématique du cannabis, il est indispensable de disposer d'outils de repérage appropriés et performants. L'utilisation de tels outils par les professionnels de santé de premier recours, notamment les médecins généralistes ou les professionnels de la santé scolaire, permet d'identifier les individus à risque et de les orienter vers une prise en charge psychosociale ou médicale précoce. Les professionnels de santé au niveau secondaire (addictologues, psychiatres, CSAPA, CJC…) peuvent également utiliser ces outils afin de diagnostiquer et mesurer la dépendance au cannabis.

Trois types d'outils permettent de repérer un éventuel usage de cannabis. L'entretien clinique permet au soignant de poser des questions portant sur la fréquence de la consommation, ses quantités, son mode d'usage, ses conséquences etc. Les soignants disposent aussi de tests de dépistage biologique en milieux sanguin, urinaire, salivaire ou encore capillaire qui restent cependant peu informatifs sur le temps écoulé depuis la dernière consommation et ne renseignent pas sur la présence d'un trouble de l'usage du cannabis. Enfin, les questionnaires de repérage standardisés reposant sur l'auto déclaration du patient semblent être les plus appropriés en tant qu'outils de repérage. Dans une étude, Caldeira et collaborateurs ont montré que les déclarations de situations physiquement dangereuses après avoir consommé du cannabis concordaient avec les preuves antérieures d'autres études établissant un lien entre consommation de cannabis, accidents de la route et autres blessures accidentelles. Ils ont souligné que certains faits auto-déclarés ont pu être exacerbés par la consommation simultanée d'autres toxiques, qu'il faut donc toujours rechercher en entretien clinique [4]. Les données de la littérature confirment que les dommages auto-déclarés restent en général exacts bien qu'ils puissent être soumis aux biais de mémoire du déclarant ou à la minimisation de l'imputabilité du cannabis, comme l'ont montré Davis et collaborateurs [5]. Le questionnaire qui serait le

mieux adapté à ce repérage doit être bref (10 questions maximum, temps d'administration ne dépassant pas 10 minutes), utiliser des questions directes et être non stigmatisant [6,7].

L'existence d'un outil fiable, validé en français, apparaît donc essentielle et pertinente comme médiation dans le dépistage des troubles de l'usage du cannabis, et cela d'autant plus si cette médiation peut se traduire sous la forme d'une auto-évaluation par le patient, pleinement acteur des soins et de sa prise en charge.

Cet article propose de passer en revue les différents questionnaires de repérage des troubles de l'usage du cannabis en détaillant pour chacun leurs propriétés et caractéristiques psychométriques.

Critères d'un trouble de l'usage du cannabis

En addictologie, les concepts diagnostiques ont changé depuis la parution de la cinquième édition du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) de *l'American Psychiatric Association* (APA) en 2013. Dans la quatrième version révisée du DSM (DSM-IV-TR) figuraient les concepts diagnostiques d'abus et de dépendance (Tableaux 1 et 2). L'abus est caractérisé par un mode d'utilisation inadéquat de la substance, conduisant à une altération significative du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, comme l'incapacité à remplir des obligations majeures, la survenue de problèmes judiciaires par exemple, sur une période de 12 mois. Si ces répercussions sur les plans personnels, physiques, psychiques, sociaux deviennent majeures et entraînent un phénomène de tolérance, nous parlons alors de dépendance au produit. La dépendance introduit les notions de tolérance et de sevrage comme critères diagnostiques. Ce mode d'utilisation regroupe un ensemble de symptômes cognitifs, comportementaux et physiologiques, indiquant que le sujet continu à

utiliser la substance malgré des problèmes significatifs liés à celle-ci et entraînant des conséquences physiques et psychiques pour l'usager. Les sujets présentant une dépendance peuvent poursuivre leur consommation malgré la connaissance des répercussions ou passer la majorité de leur temps à chercher à se procurer la substance par exemple. Le DSM-5 supprime les notions d'abus et de dépendance pour introduire un seul diagnostic de trouble de l'usage du cannabis (Tableau 3), défini par un mode d'usage problématique du cannabis conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence de deux manifestations parmi onze listées [8,9].

Ces changements de critères diagnostiques ont été motivés par plusieurs limites du DSM-IV. En effet, il existait un problème de validité diagnostique car le diagnostic d'abus pouvait être posé avec un seul des critères ; ainsi un diagnostic de trouble mental pouvait par exemple être posé en raison seulement de problèmes judiciaires liés à la substance. Inversement, il existait des « orphelins de diagnostic », c'est-à-dire que certains patients ne présentant pas de critère d'abus et seulement un ou deux critères de dépendance étaient considérés sans trouble, alors même qu'ils présentaient un niveau de sévérité plus important que des individus présentant un diagnostic d'abus. Différentes analyses ont abouti à la conclusion que l'abus et la dépendance ne constituaient qu'une seule dimension, avec une bonne corrélation des critères entre eux, ce qui explique le fait de les avoir regroupés dans la seule catégorie de troubles de l'usage du cannabis classés selon un continuum de sévérité (léger, moyen et grave) en fonction du nombre de critères retrouvés [10].

La majorité des questionnaires de repérage spécifiques au cannabis a été créée en se basant sur les concepts diagnostiques d'abus et de dépendance du DSM-IV-TR. Il apparaît pertinent que les outils utilisés actuellement prennent en compte les nouveaux critères diagnostiques introduits par le DSM-5.

[Insérer ici Tableaux 1, 2 et 3]

Outils de repérage des troubles de l'usage du cannabis

Il existe, à l'heure actuelle, une cinquantaine d'outils de mesure de l'usage du cannabis, répertoriés sur le plan international mais non validés de façon systématique.

Nous avons déterminé 16 outils de repérage du trouble de l'usage du cannabis spécifiques et pertinents, validés en populations adolescentes et/ou adultes, en population générale et/ou spécifique, entre 1995 et 2010, issus d'articles scientifiques en langues anglaise ou française.

Nous les détaillerons ici, de manière synthétique, en excluant le CUDIT et le CUDIT-R que nous développerons plus spécifiquement dans la partie suivante.

Les caractéristiques psychométriques de ces outils sont résumées dans le tableau 4.

ALAC (Alcohol Advisory Council)

Conçu en 1996, ce questionnaire d'entretien semi-structuré se compose de 11 items et permet de repérer les différents aspects de l'usage nocif de cannabis tels que les troubles cognitifs (troubles de la mémoire immédiate, difficultés de concentration…), le syndrome de sevrage ou les répercussions sociales (difficultés à étudier, plainte de l'entourage…) [11]. Il est inspiré du questionnaire réalisé pour évaluer la consommation de substances psychoactives. La durée de passation est évaluée à moins de 5 minutes.

MACQ et B-MACQ (Brief-Marijuana Consequences Questionnaire)

Composé de 21 items dans sa version brève (50 items dans la version MACQ), il permet une évaluation rapide de la sévérité des conséquences de l'usage du cannabis. La passation reste inférieure à 10 minutes pour le B-MACQ et interroge la période des 6 derniers mois pour ces deux versions. Les items sont des affirmations formulées à la première personne concernant notamment la motivation, l'impulsivité et les comportements à risque, auxquels l'usager doit répondre par oui ou non [12].

CAGE-cannabis (Cut, Annoyed, Guilty, Eye-opener)

Ce questionnaire d'entretien structuré en 4 items est parmi les plus étudiés et les plus utilisés. Il s'agit du premier questionnaire de repérage spécifique du cannabis, conçu à la fin des années 1990 à partir du CAGE-DETA visant à dépister l'abus d'alcool. Deux réponses positives évoquent une consommation nocive de cannabis. Il existe une traduction française appelée DETC : Diminuer, Entourage, Trop, Cannabis [13].

CAST (Cannabis Abuse Screening Test)

Il permet le repérage de l'usage nocif de cannabis à l'aide de six questions abordant les aspects problématiques de la consommation au cours des 12 derniers mois, avec 5 propositions de réponses pour chacune des questions. Il existe une version avancée du CAST pour un score pouvant aller jusqu'à 24 (6 pour la version originale) avec un seuil à 7 pour un usage problématique [14]. Le CAST est le seul outil validé pour les adolescents, à la fois en population générale et clinique, et dans un contexte interculturel [15-17]. Le CAST avancé présente l'avantage d'avoir une excellente sensibilité (92,9 %) et une spécificité à 81,4 %, ce qui en fait un outil performant, le seul validé en français, bref et facile d'utilisation [18]. Le CAST se donne pour objectif d'identifier les contextes de consommation qui pourraient déboucher sur des conséquences négatives sur un plan social ou sanitaire, pour l'usager ou pour son entourage.

CPQ, CPQ-A et CPQ-AS (Cannabis Problems Questionnaire for Adolescent)

Le questionnaire CPQ a été conçu en 2005 pour repérer les troubles liés à l'usage du cannabis chez les adultes [19]. L'année suivante, la première version pour les adolescents parait, avec pour perspective une détection des consommations précoces et donc une prévention chez les plus jeunes usagers, puis une version abrégée quelques années plus tard. La version pour les adolescents comprend des parties spécifiques concernant les relations avec le partenaire, les études supérieures et le comportement en contexte professionnel [20,21].

CUPIT (Cannabis Use Problems Identification Test)

Les 16 items du CUPIT mesurent à la fois le concept de dépendance à la substance et les problèmes socio-sanitaires liés à l'usage ; son score peut aller jusqu'à 82 pour un usage régulier ou quotidien et très problématique [22]. Le CUPIT interroge la période des 12 derniers mois, un item s'intéressant plus particulièrement à la consommation des 3 derniers mois. Il fait partie des 3 outils jugés comme les plus appropriés en population générale pour le repérage d'un trouble de l'usage [23].

Know cannabis test

Ce questionnaire structuré en 16 items permet d'évaluer l'impact de la consommation de cannabis sur la vie quotidienne [24]. La population ciblée est celle des jeunes usagers et la consommation simultanée d'autres substances psychoactives telles que l'alcool ou la cocaïne sont recherchés dans un item spécifique.

MSI-X (Marijuana Screening Inventory)

Questionnaire révisé de 31 items, il permet un repérage rapide appelant une évaluation plus approfondie [25]. Le MSI-X comporte des items recherchant des symptômes non psychiatriques comme la toux persistance sans consommation de tabac associée, ou les maux de tête lors d'une période de sevrage par exemple. Il constitue, de plus, une mesure correcte de l'usage problématique de cannabis chez les adultes reçus en centre de soins pour toxicomanes [26].

PUM (Problematic Use of Marijuana)

Entretien structuré en 8 items, il rend possible un repérage rapide de l'usage nocif de cannabis au sens de la Classification Internationale des Maladies dans sa 10e édition (CIM-10) en s'attachant à relever les difficultés relationnelles (familiales et amicales) et psycho-sociales. Il distingue les situations d'usage occasionnel des situations à risque élevé de développer des troubles liés à l'usage du cannabis, avec comme population cible des adolescents entre 13 et 18 ans [27].

SDS (Severity of Dependence Scale)

L'échelle SDS a été initialement conçue pour repérer l'usage d'héroïne, de cocaïne et d'amphétamines avant d'être adaptée au cannabis. Une version a été traduite en français en 1999 [28]. Elle mesure le degré de dépendance psychologique induite par la consommation de cannabis et le sentiment de l'usager de ne plus la maîtriser (anxiété, préoccupation) [29]. La SDS est facile d'utilisation, comprenant 5 items avec 4 propositions de réponses pour chacun d'eux. En contexte clinique, le SDS semble particulièrement performant pour repérer l'usage problématique chez les usagers de longue date et les patients atteints de schizophrénie [30,31].

[Insérer ici Tableau 4]

Ces données soulignent que seulement cinq questionnaires standardisés pour le repérage des troubles de l'usage du cannabis (et leurs versions révisées) possèdent à la fois les caractéristiques les plus adaptées à ce type de dépistage, à savoir être brefs (moins de 10 questions) et de passation rapide (moins de 10 minutes) mais ne sont pas tous compatibles avec les nouvelles catégorisations diagnostiques du DSM-5 : le CAGE-cannabis, le CAST, le CUDIT, le PUM et le SDS. Seul le CAST a été validé en langue française et le CUDIT-R est lui, en cours de validation française.

Le CUDIT-R, version améliorée du CUDIT et adapté aux critères du DSM-5, semble alors pouvoir devenir l'un des meilleurs outils de dépistage qu'il convient donc de décrire précisément.

Un outil adapté au DSM-5 : le CUDIT-R

Création du CUDIT-R à partir du CUDIT

Le CUDIT a été créé en 2003 par le National Addiction Centre de Nouvelle-Zélande [32] sur l'adaptation de *l'Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT), outil de référence de l'évaluation de la dépendance à l'alcool. Le CUDIT est un questionnaire de dépistage rapide des troubles de l'usage du cannabis, comportant 10 questions. L'avantage du CUDIT est

d'intégrer des questions à propos des modes de consommation et de ses conséquences, contrairement à d'autres outils se focalisant sur la recherche d'une dépendance comme le SDS. De plus, le CUDIT évalue les consommations récentes au cours des 6 derniers mois et non les consommations au cours des 12 derniers mois comme le CAST et le PUM ou au cours de la vie entière comme le CAGE-cannabis par exemple.

Cependant, dans l'étude originale de 2003, ce questionnaire avait été validé seulement sur un petit échantillon (n=53). En 2008, une étude suisse de plus grande envergure [33] portant sur un échantillon de 5 025 adolescents et jeunes adultes montre que ses caractéristiques psychométriques sont moins bonnes que d'autres outils dans la population générale et notamment chez les adolescents. Il ressort de cette étude que certaines de ses questions sont peu performantes ; le CUDIT s'avérait être un outil prometteur pour le dépistage des troubles de l'usage du cannabis, mais nécessitait une révision de certaines questions. Ainsi, la même équipe néozélandaise à l'origine de la création du CUDIT a mené des travaux afin d'en élaborer une version améliorée : le CUDIT-R [34]. Les questions présentant de faibles caractéristiques psychométriques ont été remplacées par de nouvelles questions plus performantes et plus en adéquation avec les critères diagnostiques du DSM-5 pour le trouble de l'usage du cannabis. Les options de réponse ont été ajustées pour les items quantitatifs afin de permettre une meilleure discrimination pour les faibles consommations de cannabis. Suite à ces modifications, les résultats montrent une amélioration des performances psychométriques du CUDIT-R en comparaison au CUDIT.

[Insérer ici Tableau 5]

Caractéristiques psychométriques du CUDIT-R

Le CUDIT-R est donc un questionnaire de dépistage rapide des troubles de l'usage du cannabis au cours des six derniers mois. Il se compose de huit questions, quatre issues du CUDIT original et quatre nouvelles questions. Ces questions portent sur les symptômes de dépendance et les

modalités d'usage du cannabis, mais aussi sur les conséquences sociales, ainsi que la motivation de l'usager à arrêter ou diminuer ses consommations. Les réponses aux huit questions sont additionnées pour obtenir un score unitaire. Les recommandations concernant la prise en charge sont basées sur les scores seuils établis dans les différentes études. Ces scores seuils ont d'abord été définis sur la base des critères diagnostiques du DSM-IV-TR pour l'abus et la dépendance au cannabis, puis ont été adaptés aux critères du DSM-5 pour le trouble de l'usage du cannabis (Tableau 6). Les scores seuils établis diffèrent selon les populations étudiées. Il faut prendre en considération le contexte de la passation du CUDIT-R et l'objectif de son évaluation. Si l'objectif est un dépistage des troubles de l'usage du cannabis, il est préférable de donner la priorité au fait de ne manquer aucun individu à risque et donc d'utiliser un score seuil plus bas. Inversement, nous utiliserons un score seuil plus élevé si l'objectif est de minimiser les coûts et donc d'exclure les individus ne nécessitant pas de prise en charge.

[Insérer ici Tableau 6]

Dans l'étude originale [34], le CUDIT-R a été validé pour un échantillon de 144 patients consommateurs de cannabis et présentant une dépression. Cette étude retrouvait une grande spécificité (90 %) et une grande sensibilité (91 %) en comparaison avec les critères diagnostiques du DSM-IV-TR pour l'abus ou la dépendance au cannabis. Les valeurs prédictives positives et négatives étaient optimales pour un score seuil à 13, respectivement de 96 % et 80 %. L'aire sous la courbe de ROC (AUC) est de 0,96, ce qui indique une très bonne capacité du CUDIT-R à discriminer un individu présentant une dépendance au cannabis selon les critères du DSM-IV-TR. Ainsi, en cas de score supérieur ou égal à 8, la consommation est à risque et en cas de score supérieur ou égal à 13, il s'agit d'une dépendance.

Une étude de 2019 [35] a évalué les caractéristiques du CUDIT-R sur un échantillon de 229 étudiants ayant eu une consommation récente de cannabis. Cette étude retrouve une sensibilité de 92,9 % et une spécificité de 70,4 %. Elle établit le score seuil à 6 en se basant sur les critères

diagnostiques du DSM-5 pour les troubles de l'usage du cannabis. Il existe une forte corrélation entre les scores au CUDIT-R et le fait de remplir les critères du DSM-5. De plus, les scores moyens au CUDIT-R sont significativement différents entre les différents stades de sévérité du DSM-5 : absence de trouble, trouble léger, moyen ou grave. Les scores augmentent avec la sévérité du diagnostic. Des scores seuils ont été établis à 9 pour un trouble léger et à 13 pour un trouble moyen ou grave selon le DSM-5 ou une dépendance selon le DSM-IV-TR [36].

Le CUDIT-R fait preuve d'une bonne consistance externe en étant fortement corrélé à la fréquence d'utilisation du cannabis mesurée par le OTI Q-Score, avec un coefficient de Pearson à 0,705 [34].

L'étude originale retrouve une très bonne consistance interne avec un score alpha de Cronbach à 0,914 et une bonne fiabilité Test-Retest avec un coefficient r=0,871[34]. Une autre étude de 2018 [37] étudiait la validité de structure et la cohérence interne du CUDIT-R parmi un échantillon (n=90) de militaires vétérans utilisant le cannabis à visée médicinale. Elle retrouvait un score alpha de Cronbach à 0.73, correspondant à une cohérence interne acceptable mais modeste. Cela peut s'expliquer par les caractéristiques particulières des individus composant l'échantillon, notamment une utilisation médicinale et non récréative du cannabis.

Les avantages du CUDIT-R

Le CUDIT-R est simple d'utilisation, rapide avec une passation de 3 à 5 minutes, acceptable et peu coûteux. Il peut être utilisé par n'importe quel professionnel sans nécessité d'une formation spécifique et ses items peuvent même être auto-évalués par le patient. Il présente une bonne validité et une bonne reproductibilité. Le CUDIT-R ne doit évidemment pas se substituer à un diagnostic clinique. Un score positif au CUDIT-R doit être suivi d'une évaluation plus complète de la consommation de cannabis, des éventuelles comorbidités et de ses conséquences médicales et psychosociales par un professionnel formé. Mais cet outil permet d'identifier les

individus nécessitant une prise en charge. Il s'agit d'un bon outil de repérage des troubles de l'usage du cannabis.

De plus, le score au CUDIT-R est fortement corrélé aux critères diagnostiques des DSM-IV-TR et DSM-5. Il permet une classification de la sévérité car les scores obtenus augmentent avec la sévérité du diagnostic de trouble de l'usage du cannabis selon le DSM-5 (absence de trouble, trouble léger, moyen ou grave) [35]. Ainsi les prises en charge pourraient être adaptées en fonction du niveau de sévérité du trouble.

Le CUDIT-R présente un potentiel pour évaluer l'efficacité d'une prise en charge. Une étude évaluant les résultats de prises en charge d'usagers de cannabis retrouvait des scores du CUDIT-R corrélés avec l'évolution clinique, avec une amélioration cliniquement significative correspondant à une diminution de 3 points au CUDIT-R [38].

Actuellement, le CUDIT-R n'est disponible qu'en anglais. Une traduction française a été réalisée récemment selon une procédure de traduction/rétro traduction en collaboration avec Adamson, l'auteur de la version originale anglaise (Tableau 5). Cette procédure a consisté en une traduction française, transmise à Adamson qui l'a rétrotraduite en anglais avec Google Translate et qui a vérifié les concordances et discordances. Ce procédé est répété plusieurs fois et des corrections sont apportées de manière collégiale par le traducteur et le rétrotraducteur jusqu'à obtenir la traduction la plus juste. Cette traduction française, actuellement en cours de validation, pourrait amener le questionnaire CUDIT-R à devenir un outil significatif dans le repérage et la prise en charge des troubles de l'usage du cannabis en France.

Conclusion

La consommation de cannabis, parfois banalisée, augmente chez les adolescents et jeunes adultes, parallèlement à l'âge de la première expérimentation qui tend à diminuer au fil des ans.

Ceci doit alerter sur la potentielle majoration des conséquences physiques et psychiques des patients usagers que nous prendrons en charge.

Il s'agit donc d'identifier, le plus précocement possible, les troubles de l'usage du cannabis au moyen d'échelles standardisées qui sont une médiation particulièrement intéressante, par la facilité de leur utilisation, toujours couplées au regard clinique du praticien. La passation de ces échelles pourrait être l'occasion d'une prise de conscience du patient et faciliter son engagement dans les soins. Les usagers de cannabis pourraient alors être pris en charge de façon plus aisée via la passation de ces échelles qui pourraient également servir de témoin de l'évolution clinique dans le suivi.

Parmi ces échelles, le CUDIT-R nous semble un outil des plus prometteurs, adapté au DSM-5 et remplissant les caractéristiques les plus performantes pour repérer un trouble de l'usage du cannabis.

Déclaration de liens d'intérêt

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt.

Bibliographie

1. Observatoire européen des drogues et toxicomanies. Rapport européen sur les drogues. Tendances et évolutions. [en ligne]. 2018. [page consultée le 06/07/2019]. http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/8585/20181816_TDAT18001FRN_PDF.pdf

2. Brisacier A-C, Cadet-Taïrou A, Díaz C et al. Drogues, chiffres clés, 7ème édition. [en ligne] 2017. [page consultée le 06/07/2019]. https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/DCC2017.pdf

3. Hall W. What has research over the past two decades revealed about the adverse health effects of recreational cannabis use? Addict Abingdon Engl. 2015;110(1):19-35.

4. Caldeira KM, Arria AM, O'Grady KE et al. The occurrence of cannabis use disorders and other cannabis-related problems among first-year college students. Addict Behav. 2008;33(3):397-411.

5. Davis CG, Thomas G, Jesseman R et al. Drawing the line on risky use of cannabis: Assessing problematic use with the ASSIST. Addict Res Theory. 1 Jan 2009;17(3):322-32.

6. Thake J, Davis CG. Assessing problematic cannabis use. Addict Res Theory. 2011;19(5):448-58.

7. Aquatias S, Institut national de la santé et de la recherche médicale. Cannabis: quels effets sur le comportement et la santé? Paris: Les éditions Inserm; 2001.

8. American Psychiatric Association, Crocq MA, Guelfi JD. DSM-IV-TR : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux - Texte révisé. 4e ed. Paris: Elsevier Masson; 2003.

9. American Psychiatric Association, Crocq MA, Guelfi JD, Boyer P, Pull CB, Pull MC. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5e edition. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015.

10. Gazel C, Fatséas M, Auriacombe M. Quels changements pour les addictions dans le DSM-5 ? Lettre Psych. Mar 2014; 10:50-3.

11. ALAC : Guidelines for Alcohol and Drug Assessment : A review of alcohol and drug screening, diagnostic and evaluation instruments - Wellington, Alcohol Advisory Council of New Zealand; 1996

12. Simons JS, Dvorak RD, Merrill JE et al. Dimensions and severity of marijuana consequences: Development and validation of the Marijuana Consequences Questionnaire (MACQ). Addict Behav. 2012;37(5):613-21.

13. Midanik LT, Zahnd EG, Klein D. Alcohol and drug CAGE screeners for pregnant, low-income women: the California Perinatal Needs Assessment. Alcohol Clin Exp Res. 1998;22(1):121-5.

14. Spilka S, Janssen E. Observatoire français des drogues et des toxicomanies.. Détection des usages problématiques de cannabis : le Cannabis Abuse Screening Test (CAST). [en ligne] [page consultée le 07/07/2019] https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxsst9.pdf

15. Legleye S, Piontek D, Kraus L et al. A validation of the Cannabis Abuse Screening Test (CAST) using a latent class analysis of the DSM-IV among adolescents. Int J Methods Psychiatr Res. 2013;22(1):16-26.

16. Legleye S, Piontek D, Kraus L. Psychometric properties of the Cannabis Abuse Screening Test (CAST) in a French sample of adolescents. Drug Alcohol Depend. 2011;113(2):229-35.

17. Legleye S, Kraus L, Piontek D et al. Validation of the Cannabis Abuse Screening Test in a Sample of Cannabis Inpatients. Eur Addict Res. 2012;18(4):193-200.

18. Legleye S, Karila L, Beck F et al. Validation of the CAST, a general population Cannabis Abuse Screening Test. J Subst Use. 2007;12(4):233-42.

19. Copeland J, Gilmour S, Gates P et al. The Cannabis Problems Questionnaire: Factor structure, reliability, and validity. Drug Alcohol Depend. 2005;80(3):313-9.

20. Martin G, Copeland J, Gilmour S et al. The Adolescent Cannabis Problems Questionnaire (CPQ-A): Psychometric properties. Addict Behav. 2006;31(12):2238-48.

21. Proudfoot H, Vogl L, Swift W et al. Development of a short cannabis problems questionnaire for adolescents in the community. Addict Behav. 2010;35(7):734-7.

22. Bashford J, Flett R, Copeland J. The Cannabis Use Problems Identification Test (CUPIT): development, reliability, concurrent and predictive validity among adolescents and adults. Addiction. 2010;105(4):615-25.

23. Annaheim B. Who is smoking pot for fun and who is not? An overview of instruments to screen for cannabis-related problems in general population surveys. Addict Res Theory. 2013;21(5):410-28.

24. knowcannabis.org.uk knowcannabis – Cannabis quiz. [en ligne] [page consultée le 07/07/2019]. http://www.knowcannabis.org.uk/quiz/

25. Alexander D. A Marijuana Screening Inventory (Experimental Version): Description and Preliminary Psychometric Properties. Am J Drug Alcohol Abuse. 2003;29(3):619-46.

26. Alexander D, Leung P. The Marijuana Screening Inventory (MSI-X): Concurrent, Convergent and Discriminant Validity with Multiple Measures. Am J Drug Alcohol Abuse. 2006;32(3):351-78.

27. Okulicz-Kozaryn K. Psychometric properties of the Problematic Marijuana Use (PUM) test for adolescents. Post Psychiatry Neurol. 2007;16(2):105–11.

28. Tremblay J. Échelle de sévérité de la dépendance (ÉSD). Traduction du Severity of Dependence Scale (SDS) de Gossop M, Darge, Griffiths P, Handoff J, Powis B, Hall W, Strang J (1995). Québec : Service de Recherche CRUV/CRAT-CA. 1999.

29. Gossop M, Darke S, Griffiths P, Hando J, Powis B, Hall W, et al. The Severity of Dependence Scale (SDS): psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users. Addiction. 1995;90(5):607–614.

30. Kedzior KK, Badcock JC, Martin-Iverson MT. Validity and Consistency of Self-Reports Regarding Substance Use in General Research Volunteers, Including Regular Cannabis Users and Schizophrenia Patients. Subst Use Misuse. 2006;41(5):743-50.

31. Swift W, Copeland J, Hall W. Choosing a diagnostic cut-off for cannabis dependence. Addiction. 1998;93(11):1681-92.

32. Adamson SJ, Sellman JD. A prototype screening instrument for cannabis use disorder: the Cannabis Use Disorders Identification Test (CUDIT) in an alcohol-dependent clinical sample. Drug Alcohol Rev. 2003;22(3):309-15.

33. Annaheim B, Rehm J, Gmel G. How to screen for problematic cannabis use in population surveys: an evaluation of the Cannabis Use Disorders Identification Test (CUDIT) in a Swiss sample of adolescents and young adults. Eur Addict Res. 2008;14(4):190-7.

34. Adamson SJ, Kay-Lambkin FJ, Baker AL et al. An improved brief measure of cannabis misuse: the Cannabis Use Disorders Identification Test-Revised (CUDIT-R). Drug Alcohol Depend. 2010;110(1-2):137-43.

35. Schultz NR, Bassett DT, Messina BG et al. Evaluation of the psychometric properties of the cannabis use disorders identification test - revised among college students. Addict Behav. 2019;95:11-5.

36. Marshall SE. The Cannabis use disorder identification test - revised (CUDIT-R) : categorisation and interpretation [Thèse de doctorat]. University of Tasmania; 2013

37. Loflin M, Babson K, Browne K et al. Assessment of the validity of the CUDIT-R in a subpopulation of cannabis users. Am J Drug Alcohol Abuse. 2018;44(1):19-23.

38. Adamson SJ, Kay-Lambkin FJ, Baker A et al. Measuring change in cannabis use. Addict Res Theory. 2015;23(1):43-9.

Tableau 1 : Critères diagnostiques de l'abus de cannabis selon le DSM-IV-TR

DSM-IV-TR	Abus
	Mode d'utilisation inadéquat d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au moins une des manifestations suivantes au cours d'une période de 12 mois :
1.	Utilisation répétée de cannabis conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école, ou à la maison (par exemple, absences répétées ou mauvaises performances au travail du fait de l'utilisation de cannabis, absences, exclusions temporaires ou définitives de l'école, négligence des enfants ou des tâches ménagères).
2.	Utilisation répétée de cannabis dans des situations où cela peut être physiquement dangereux (par exemple, lors de la conduite d'une voiture ou en faisant fonctionner une machine alors qu'on est sous l'influence de cannabis).
3.	Problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation de cannabis (p. ex., arrestations pour comportement anormal en rapport avec l'utilisation de cannabis).
4.	Utilisation de cannabis malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets du cannabis (par exemple disputes avec le conjoint à propos des conséquences de l'intoxication, bagarres).

Tableau 2 : Critères diagnostiques de dépendance au cannabis selon le DSM-IV-TR

DSM-IV-TR	Dépendance
	Mode d'utilisation inadapté du cannabis conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance, cliniquement significative, caractérisé par la présence de trois ou plus des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de 12 mois :
1.	Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants : a. besoin de quantités notablement plus fortes de cannabis pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré. b. effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de cannabis.
2.	Sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes : a. syndrome de sevrage caractéristique du cannabis. b. la même substance (ou une substance très proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.
3.	Le cannabis est souvent pris en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévue.
4.	Il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation de cannabis.
5.	Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir le cannabis (p. ex., déplacement sur de longues distances), à utiliser le produit (p. ex., fumer sans discontinuer), ou à récupérer de ses effets.
6.	Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de cannabis.
7.	L'utilisation de cannabis est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par le cannabis.

Tableau 3 : Critères diagnostiques du trouble de l'usage du cannabis selon le DSM-5

DSM-5	**Trouble de l'usage du cannabis**
	Mode d'usage problématique du cannabis conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au moins deux des manifestations suivantes dans une période de 12 mois :
1.	Le cannabis est souvent pris en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévue.
2.	Il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'usage de cannabis.
3.	Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir du cannabis, utiliser le cannabis ou récupérer de ses effets.
4.	Envie impérieuse (craving), fort désir ou besoin pressant de consommer du cannabis.
5.	Usage répété de cannabis conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison.
6.	Usage de cannabis qui continue malgré des problèmes sociaux ou interpersonnels, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets du cannabis.
7.	Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'usage du cannabis.
8.	Usage répété du cannabis dans des situations où cela peut être physiquement dangereux.
9.	L'usage du cannabis est poursuivi bien que la personne sache avoir un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par le cannabis.
10.	Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants : a. Besoin de quantités notablement plus fortes de cannabis pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré. b. Effet notablement diminué en cas d'usage continu d'une même quantité de cannabis.
11.	Sevrage, caractérisé par un des éléments suivants : a. Le syndrome de sevrage caractéristique du cannabis. b. Le cannabis (ou une substance proche) est pris pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.
Niveaux de sévérité	Léger : présence de 2-3 symptômes ; Moyen : présence de 4-5 symptômes ; Grave : présence de 6 symptômes ou plus.

Tableau 4 : Caractéristiques psychométriques des différents questionnaires

Echelles	Auteurs	Année	Items	Durée de passation	Type de cotation	Période étudiée	Critère diagnostique pour trouble	Version française
ALAC	Alcohol Advisory Council (11)	1996	11	< 5 minutes	binaire	vie entière	3 critères positifs	oui
MACQ	Simons et al (12)	2012	50	15-20 minutes	binaire	6 derniers mois	évaluation sévérité	non
B-MACQ	Simons et al (12)	2012	21	< 10 minutes	binaire	6 derniers mois	évaluation sévérité	non
CAGE-cannabis	Midanik et al (13)	1998	4	< 5 minutes	binaire	vie entière	2 réponses positives	oui
CAST	Legleye et al (15)	2003	6	5 minutes	binaire	12 derniers mois	2 à 3 critères pour élevé, 4 critères ou plus pour très élevé	oui
CAST avancé	Legleye et al (18)	2007	6	5 minutes	ordinale	12 derniers mois	7 critères ou plus	oui
CUDIT	Adamson et al (32)	2003	10	< 10 minutes	ordinale	6 derniers mois	8 points ou plus	non
CUDIT-R	**Adamson et al (34)**	**2010**	**8**	**< 5 minutes**	**ordinale**	**6 derniers mois**	**6 points ou plus**	**en cours**
CPQ	Copeland et al (19)	2005	27	< 10 minutes	binaire	3 derniers mois	repérage	non
CPQ-A	Copeland et al (20)	2006	58	15-20 minutes	binaire	3 derniers mois	repérage	non
CPQ-AS	Proudfoot et al (21)	2010	12	5 minutes	binaire	3 derniers mois	3 critères positifs	non
CUPIT	Basford et al (22)	2010	16	< 10 minutes	ordinale	12 derniers mois	20 réponses positives ou plus	non
Know cannabis test	Kerssemakers (24)	2010	16	20 minutes	ordinale	vie entière	> 5 risque avéré, > 15 risque sérieux	non
MSI-X	Alexander et al (25)	2003	31	< 10 minutes	binaire	vie entière	> 2 risque modéré, > 5 risque élevé	non
PUM	Okulicz-Kozaryn (27)	2007	8	5 minutes	binaire	12 derniers mois	3 critères positifs	non
SDS	Gossop et al (29)	1995	5	< 5 minutes	ordinale	3 derniers mois	3 critères positifs pour les adultes, 4 pour les adolescents	oui

Tableau 5 : Version française du CUDIT-R en cours de validation.

Avez-vous consommé du cannabis au cours des 6 derniers mois ? OUI NON

Si OUI, répondre aux questions suivantes relatives à votre consommation de cannabis. Répondre en entourant la réponse qui correspond le plus à votre consommation **au cours des 6 derniers mois**.

1. A quelle fréquence consommez-vous du cannabis ?					
Jamais 0	≤ 1fois/mois 1	2 à 4 fois/mois 2	2 à 3 fois/semaine 3	≥ 4 fois/semaine 4	
2. Combien d'heures êtes-vous « défoncé » un jour typique où vous consommez du cannabis ?					
< 1h 0	1 ou 2h 1	3 ou 4h 2	5 ou 6h 3	7h ou plus 4	
3. Au cours des 6 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de fumer du cannabis une fois que vous aviez commencé?					
Jamais 0	< 1fois/mois 1	environ 1 fois/mois 2	environ 1 fois/semaine 3	Tous les j ou presque 4	
4. Au cours des 6 derniers mois, combien de fois votre consommation de cannabis vous a-t-elle empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?					
Jamais 0	< 1fois/mois 1	environ 1 fois/mois 2	environ 1 fois/semaine 3	Tous les j ou presque 4	
5. Au cours des 6 derniers mois, combien de fois avez-vous passé une grande partie de votre temps à chercher à vous procurer ou consommer du cannabis, ou à vous remettre des effets du cannabis ?					
Jamais 0	< 1fois/mois 1	environ 1 fois/mois 2	environ 1 fois/semaine 3	Tous les j ou presque 4	
6. Au cours des 6 derniers mois, combien de fois avez-vous éprouvé des problèmes de mémoire ou de concentration après avoir fumé du cannabis ?					
Jamais 0	< 1fois/mois 1	environ 1 fois/mois 2	environ 1 fois/semaine 3	Tous les j ou presque 4	
7. A quelle fréquence consommez-vous du cannabis dans des situations qui pourraient entrainer un danger, par exemple conduire un véhicule, utiliser une machine, ou s'occuper d'enfants ?					
Jamais 0	< 1fois/mois 1	environ 1 fois/mois 2	environ 1 fois/semaine 3	Tous les j ou presque 4	
8. Avez-vous déjà envisagé de réduire ou d'arrêter votre consommation de cannabis ?					
Jamais 0		Oui, mais pas au cours des 6 derniers mois 2		Oui, au cours des 6 derniers mois 4	

Version originale: *Adamson SJ, Kay-Lambkin FJ, Baker AL, Lewin TJ, Thornton L, Kelly BJ, and Sellman JD. (2010). An Improved Brief Measure of Cannabis Misuse: The Cannabis Use Disorders Identification Test – Revised (CUDIT-R). Drug and Alcohol Dependence 110:137-143.*

Version française *(non validée) : Benjamin Rolland, Vincent Laprevote*

Tableau 6 : Caractéristiques psychométriques du CUDIT-R selon les différentes études

Etude	Adamson, 2010 (34)	Schultz,2019 (35)
Population étudiée	144 adultes avec mésusage de cannabis et trouble de l'humeur	229 étudiants avec consommation récente de cannabis
Echelle de comparaison	DSM-IV-TR	DSM-5
Sensibilité	91%	93%
Spécificité	90%	70%
VPP	96%	NC
VPN	80%	NC
AUC	0,96	0,91
Consistance interne alpha	0,914	NC

Classification diagnostique utilisée	Scores seuils
DSM-IV-TR	8 pour abus ; 13 pour dépendance (34)
DSM-5	6 pour trouble de l'usage (35) 9 pour léger, 13 pour moyen à grave (36)