

L'utilisation du cannabis dans la gestion des consommations d'autres substances psychoactives : une enquête par questionnaire auprès de personnes utilisatrices de cannabis en France

Using cannabis to manage other psychoactive substance consumptions: a questionnaire survey of people who use cannabis in France

Martin Bastien

Aix-Marseille Université, INSERM, IRD, SESSTIM, Sciences économiques & sociales de la santé & traitement de l'information médicale, ISSPAM, Marseille, France

Fabienne Lopez

Association Principes Actifs, Montreuil, France

Pierre Chappard

Association PsychoACTIF, Paris, France

Perrine Roux

Aix-Marseille Université, INSERM, IRD, SESSTIM, Sciences économiques & sociales de la santé & traitement de l'information médicale, ISSPAM, Marseille, France

Résumé : Le cannabis est la substance psychoactive illicite la plus consommée en France, et de nombreuses personnes l'utilisent de manière thérapeutique en dehors d'un cadre de prescription. Une enquête collaborative par questionnaire en ligne a été menée en France afin d'explorer l'utilisation du cannabis dans le but de maîtriser, réduire ou arrêter les consommations d'autres substances psychoactives, légales, illégales ou prescrites médicalement. Nous décrivons les profils des participants, ainsi que les pratiques et perceptions liées à cette utilisation du cannabis, suggérant qu'elle s'intégrerait dans une diversité de parcours de consommation et de parcours de soin chez les personnes concernées. Face à de possibles barrières dans l'accès ou le maintien des soins pour certaines personnes utilisatrices de substances ou ayant une prescription médicamenteuse, nous interprétons finalement cette utilisation du cannabis comme une stratégie individuelle d'appropriation de ses consommations et ainsi de sa santé.

Abstract: Cannabis is the most widespread illegal substance in France, and many people use it for therapeutic reasons without medical supervision. We conducted a participative online questionnaire survey in France, in order to study the intentional use of cannabis to control, reduce or stop consumptions of other psychoactive substances, such as alcohol, illegal drugs and prescribed medications. We describe the characteristics of participants and their perceptions about such practice, showing that this practice occurs through a diversity of substances and healthcare experiences. We suppose that some people who use drugs or prescribed medicines may face barriers to accessing or maintaining care.

We therefore understand this practice as a strategy for managing their consumptions and their health.

Mots clés : usage de cannabis; automédication ; stratégie de substitution ; Réduction des Risques et des Dommages (RdRD) ; dépendance ; comportements de santé ; enquête en ligne ; France

Keywords: cannabis use; self-medication; substitution strategy; Harm Reduction (HR); dependence; health behaviors; online survey; France

Introduction

Après des décennies de politiques internationales prohibitives visant à restreindre l'usage et la circulation des drogues, soutenues par la convention unique sur les stupéfiants de 1961, plusieurs territoires ont connu un changement de paradigme vis-à-vis du cannabis (Bewley-Taylor et al., 2014). Notamment en Uruguay, au Canada et dans de nombreux Etats des Etats-Unis d'Amérique, des réformes ont été adoptées, encadrant la production, la distribution et l'usage de cannabis à des fins non-médicales (Philibert & Zobel, 2019). En Europe, Malte est devenu en 2021 le premier pays à légaliser la culture et l'usage personnel du cannabis, suivi récemment par le Luxembourg. Concernant le cannabis à usage thérapeutique, dès les années 2000 en Amérique du Nord, des programmes permettaient l'accès au cannabis thérapeutique à certains patients via des dispensaires sur accord d'un médecin (P. G. Lucas, 2008; Reiman, 2006; Reinerman et al., 2011). En France, une expérimentation de la distribution du cannabis médical est actuellement menée par l'Agence Nationale de la Sécurité du Médicament (ANSM) jusqu'en 2024, celle-ci concerne certaines conditions médicales spécifiques pour lesquelles les traitements de première intention ont échoué. Mis à part l'utilisation médicalement contrôlée, la loi du 31 décembre 1970 prohibe en l'usage. Pourtant, le cannabis est la substance illégale la plus consommée dans la population française : d'après les données du Baromètre Santé 2020 (Le Nézet et al., 2021), on peut estimer qu'en 2020, près de la moitié (46,1%) de la population générale entre 18 et 64 ans avait déjà expérimenté le cannabis au moins une fois au cours de leur vie. L'usage régulier de cannabis concerne environ 3,2% de la population. De nombreux individus en France utilisent le cannabis pour ses bénéfices auto-thérapeutiques (Bastien et al., 2023; Reynaud-Maurupt, 2009). Indépendamment de la réglementation du cannabis, les bénéfices thérapeutiques de l'usage du cannabis les plus souvent rapportés par les personnes utilisatrices sont la gestion des douleurs, la réduction des symptômes anxieux et dépressifs, ainsi que la régulation du sommeil et de l'appétit (Ogborne et al., 2000; Park & Wu, 2017; Reinerman et al., 2011). Au vu des niveaux de consommation du cannabis dans la population et des débats autour de son usage thérapeutique, il apparaît important de documenter les stratégies que les personnes utilisatrices de cannabis mettent en place pour gérer leurs consommations et leur santé.

Le poly-usage de substances (i.e. l'usage de plusieurs substances sur des périodes de temps rapprochées), comprenant également les substances légales telles que le tabac, l'alcool, et les médicaments prescrits, est fréquent chez les personnes utilisatrices de drogues (J. P. Connor et al., 2014; Crummy et al., 2020) et est considéré comme un facteur de risque de complications pour la santé physique et mentale (J. P. Connor et al., 2014) et d'overdoses (Peppin et al., 2020). De plus, au cours des trajectoires d'usages, la consommation de cannabis est souvent associée à d'autres consommations de substances psychoactives (SPA) (J. Connor et al., 2013; Olthuis et al., 2013). Néanmoins, le poly-usage de substances est généralement motivé par l'amélioration de l'expérience de consommation, notamment pour moduler les effets ou conséquences d'une substance, o

u encore pour gérer la quantité consommée ou l'apparition des symptômes de sevrage (Boileau-Falardeau et al., 2022; Hakkarainen et al., 2019). L'hypothèse de la « stratégie de substitution » avance que des individus pourraient volontairement choisir de consommer une certaine substance à la place d'une autre, en fonction des effets recherchés, du niveau de dangerosité perçu de ces substances et de leur accessibilité (Charlton, 2005; Reiman, 2009). Le cannabis, de par la diversité de ses effets et de ses contextes d'usages, pourrait ainsi être utilisé en complément ou en alternative à d'autres SPA, qu'elles soient légales, illégales ou prescrites médicalement, dans le but de contrôler l'usage de ces autres SPA ou d'en contrôler les conséquences perçues.

Données issues de la littérature

D'anciennes observations cliniques décrivaient des personnes usagères de SPA au Brésil ou aux Etats-Unis d'Amérique, utilisant le cannabis de manière thérapeutique pour remplacer le crack-cocaïne (Labigalini et al., 1999), ou l'alcool (Mikuriya, 2004). Ces patients déclaraient parvenir à réduire leurs consommations, à atténuer les symptômes de sevrage et rapportaient une amélioration de leur qualité de vie. Le cannabis serait également utilisé par des personnes consommant des opioïdes pour réduire les symptômes liés au sevrage. Dans une étude auprès de personnes co-usagères de cannabis et d'opiacés, les participants rapportaient des bénéfices du cannabis dans la gestion de certains symptômes liés au sevrage des opiacés, particulièrement l'anxiété, les douleurs et les tremblements et que ces symptômes étaient plus sévères les jours où le cannabis n'était pas consommé (Bergeria et al., 2020). D'autre part, plusieurs études menées en Amérique du Nord suggéraient que l'usage de cannabis, selon la fréquence ou la durée d'usage, pouvait être associé à une réduction de la fréquence d'injection d'opioïdes chez des personnes utilisatrices de drogues par injection (Kral et al., 2015; Reddon et al., 2021), et pourrait donc permettre de réduire les risques associés à l'injection d'opioïdes tels que les infections virales ou bactérienne et les overdoses.

Depuis les années 2000, l'accessibilité grandissante du cannabis thérapeutique via des dispensaires dans des Etats d'Amérique du Nord permet de fournir des données sur les pratiques et les perceptions des patients usagers de cannabis thérapeutique. Plusieurs études observationnelles montrent une part importante de patients usagers thérapeutiques déclarant remplacer l'alcool et d'autres SPA, légales comme illégales, par le cannabis (Lau et al., 2015; P. Lucas et al., 2013, 2016; Reiman, 2009). Les raisons rapportées par les participants sont essentiellement liées à la dangerosité perçue de ces substances et à leur potentiel addictif, qui serait moindre chez le cannabis. D'autres études révèlent une volonté chez de nombreux patients de traiter leur symptomatologie avec le cannabis thérapeutique, en complément ou en alternative aux médicaments prescrits, dont principalement les opioïdes ou des antalgiques non-opioïdes, les anxiolytiques et les antidépresseurs (Boehnke et al., 2016; Bruce et al., 2018; Corroon et al., 2017; Kvamme et al., 2021; Mercurio et al., 2019; Peters II, 2013; Pritchett et al., 2022; Reiman et al., 2017). Les patients usagers thérapeutiques de cannabis percevraient en effet moins d'effets indésirables avec le cannabis par rapport aux médicaments prescrits

cités précédemment, tout en étant plus efficace pour traiter les douleurs et divers symptômes psychiques et somatiques (Bruce et al., 2018; Kvamme et al., 2021; Mercurio et al., 2019; Peters II, 2013; Reiman et al., 2017). Ils pourraient également parvenir à réduire leurs doses d'opioïdes antalgiques prescrits ou de les arrêter complètement (Takakuwa et al., 2020). Il est à noter que ces enquêtes déclaratives ont été menées auprès de patients fréquentant volontairement des cliniques ou des dispensaires de cannabis médical et qui ont donc une motivation thérapeutique à l'usage du cannabis, tandis que très peu d'études contrôlées explorent l'effet du cannabis thérapeutique sur la réduction de l'usage de SPA (Charoenporn et al., 2022).

La grande majorité des données sur cette pratique proviennent ainsi d'études réalisées en Amérique du Nord. En France, peu de données médicales ou scientifiques mentionnent cette pratique. Dans l'étude CANNAVID récemment menée auprès de 4150 personnes utilisant quotidiennement le cannabis en France, 11% déclaraient un usage exclusivement thérapeutique du cannabis et, parmi eux, près de 21% déclaraient la réduction des consommations d'alcool ou d'autres SPA comme bénéfice thérapeutique (Bastien et al., 2023). L'objectif de notre étude était d'explorer l'existence de cette utilisation du cannabis en France, à travers une enquête en collaboration entre les associations *Principes Actifs* et *PsychoACTIF*, et le laboratoire de recherche UMR1252-SESSTIM. L'étude CANNABRIS visait en outre à décrire les profils des usagers concernés ainsi que leurs modalités d'usage du cannabis et des autres SPA.

Méthodologie

CANNABRIS est une étude participative et communautaire construite avec 2 associations de réduction des risques et menée auprès de personnes utilisatrices de cannabis. *Principes Actifs* est une association regroupant des usagers thérapeutiques de cannabis qui diffuse un discours et des pratiques de réduction des risques répondant aux différents usages du cannabis et qui plaide pour la reconnaissance d'un usage bénéfique du cannabis. *PsychoActif* est basée sur un forum internet d'entraide entre personnes utilisatrices de drogues, qui participe à promouvoir la réduction des risques et à lutter contre la stigmatisation des personnes utilisatrices de drogues. Le *SESSTIM* est un laboratoire de recherche pluridisciplinaire en sciences de la santé, basé à Marseille, qui mène des recherches sur la Réduction des Risques et la santé communautaire.

Procédure

L'association *Principes Actifs* a d'abord impulsé l'idée de cette étude, avec le soutien de l'association *PsychoActif*, puis l'équipe du laboratoire *SESSTIM* a coordonné la création des outils de collecte ainsi que l'analyse des données. Chaque étape s'est déroulée en collaboration entre ces trois partenaires et des réunions régulières ont permis de définir les objectifs et les étapes de cette étude.

L'étude a pris la forme d'une enquête transversale par questionnaire abordant explicitement « l'usage du cannabis pour maîtriser, réduire ou arrêter d'autres

substances psychoactives ». Une enquête transversale vise généralement à observer à un temps précis les caractéristiques d'une population spécifique. Nous ciblons avec cette enquête les personnes utilisatrices de cannabis concernées par cette pratique, c'est-à-dire qu'elles identifient rétrospectivement ou actuellement leur usage du cannabis à la description donnée. Le questionnaire d'enquête était auto-administré en ligne par les participants. Ce format permet de recruter rapidement et à moindre coût des personnes habituellement peu accessibles par le biais des structures et services de santé.

Nous avons utilisé le logiciel LimeSurvey pour programmer et diffuser le questionnaire. L'annonce à propos de l'enquête avec le lien vers le questionnaire a été diffusée sur des forums et réseaux sociaux fréquentés par des personnes utilisatrices de drogues. Les participants devaient lire la note d'information détaillant les objectifs de l'enquête, les critères pour y participer, ainsi que son cadre légal, avant de pouvoir accéder au questionnaire. Les critères de participation étaient de reconnaître un usage actuel ou passé du cannabis « dans le but de maîtriser, réduire ou arrêter des consommations d'autres substances psychoactives », être majeur et résider en France. Aucune information nominative ou permettant d'identifier les participants n'était recueillie. Notre enquête s'est focalisée sur 4 classes de substances psychoactives : l'alcool, les opioïdes (héroïne, opium, opioïdes antidouleurs, traitements agonistes opioïdes), les psychostimulants (cocaïne, amphétamines, cathinones), et les benzodiazépines.

L'étude est conforme à la méthodologie de référence MR-004 de la CNIL et a reçu un avis favorable du comité d'évaluation éthique de l'Inserm (avis n°21-818).

Collecte et analyse des données

Par le questionnaire, nous avons collecté les données suivantes :

- Caractéristiques sociodémographiques (âge, genre, niveau d'études, activité professionnelle, logement) ;
- Consommations actuelles de substances et leurs fréquences (nombre de jours au cours du dernier mois, nombre de fois par jour en moyenne, fréquence de consommation d'alcool avec la version courte de l'échelle standardisée AUDIT) ;
- Modalités de consommation du cannabis (nombres de jours dans la semaine où le cannabis est consommé, fréquence par jour, quantité consommée, forme, connaissance de la teneur en cannabinoïdes (tétrahydrocannabinol, THC ; cannabidiol, CBD), mode de consommation et méthode d'approvisionnement), ainsi que les substances que les participants cherchaient à réduire ou remplacer par le cannabis ;
- Pour chacune des classes de substances déclarées : fréquence de consommation, mode de consommation, prise en charge d'une dépendance par un professionnel de santé, effet perçu du cannabis sur la consommation de cette substance, et effet perçu sur l'envie de consommer cette substance.

Sur l'ensemble des questionnaires enregistrés, nous avons exclu ceux des participants ne répondant pas aux critères d'inclusion et ceux n'ayant pas complété la 3^e partie du questionnaire abordant les consommations de cannabis.

L'objectif des analyses était de décrire la population ayant participé à l'enquête et l'utilisation du cannabis par les participants en alternative aux autres SPA. Les données manquantes ne sont pas présentées dans les résultats lorsqu'elles sont inférieures à 5% de l'effectif.

Résultats

Sur les 515 questionnaires enregistrés, 177 participants ont été exclus de l'échantillon dû à un trop grand nombre de réponses manquantes ne permettant pas de décrire leur usage de cannabis, et 108 participants ne remplissaient pas les critères d'inclusion. Au total, 230 participants ont complété le questionnaire et ont été inclus dans l'étude. Les réponses sont présentées dans les *tableaux 1 à 4*.

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques et usages de substances psychoactives (SPA) au cours du mois (N=230)

Variable	N (%)
Age	
18-25 ans	58 (25,2)
26-35 ans	64 (27,8)
36-45 ans	54 (23,5)
46 ans et plus	54 (23,5)
Genre	
Homme	169 (73,5)
Femme	50 (21,7)
Non binaire, sans réponse	11 (4,8)
Niveau d'études	
Inférieur ou équivalent au baccalauréat	128 (55,6)
Supérieur au baccalauréat	94 (40,9)
Activité	
Emploi	144 (63,2)
Au chômage, en invalidité, retraité	69 (30,3)
Etudiant	11 (4,8)
Logement	
Logement personnel	183 (79,6)
Hébergé par la famille ou des amis	36 (15,6)
Logement temporaires ou précaire	11 (4,8)
Consommations de SPA au cours du mois	
Cocaïne, crack	61 (26,5)
Amphétamine	20 (8,7)
Autres stimulants	32 (13,9)
Opioides antalgiques et opiacés	47 (20,4)
illégaux	41 (17,8)
	57 (24,8)

Traitements agonistes opioïdes prescrits	
Benzodiazépines	
Alcool : fréquence de consommation	
Jamais	55 (23,9)
≤ 1 fois par semaine	84 (36,5)
≥ 2 fois par semaine	85 (37,0)

Le *tableau 1* présente les caractéristiques sociodémographiques des participants ainsi que leurs usages de substances psychoactives (SPA) au cours du dernier mois. Les participants se répartissent équitablement en termes d'âges : 25,2% se situent entre 18 et 25 ans, 27,2% entre 26 et 35 ans, 23,5% entre 36 et 45 ans, et 23,5% ont 46 ans ou plus. Notre échantillon est constitué d'une majorité d'hommes : 73,5% d'hommes contre 21,7% de femmes, et 4,8% ne s'identifient pas explicitement à un homme ou une femme. En termes de niveau d'études, 40,9% des participants ont effectué des études après le baccalauréat. Près de deux tiers des participants (63,2%) ont déclaré avoir un emploi (déclaré ou non), contre 30,3% en situation de chômage, d'invalidité ou à la retraite, et une minorité de participants sont étudiants (4,8%). La majorité a déclaré être propriétaire ou locataire de son logement (79,6%) tandis que les autres participants vivent chez leurs parents ou sont dans un hébergement temporaire.

Concernant les consommations de SPA autre que le cannabis, 34,8% des participants ont consommé des stimulants (cocaïne, amphétamines, cathinones, méthylphénidate, etc) au moins une fois au cours du mois précédent l'enquête ; 30,9% ont consommé des opiacés (prescrits ou non, y compris les traitements agonistes opioïdes) au moins une fois au cours du dernier mois ; et 24,8% ont consommé des benzodiazépines au moins une fois au cours du dernier mois. Concernant l'alcool, près d'un quart (23,9%) des participants déclarent ne pas en consommer, tandis que 37% en consomment plus d'une fois par semaine.

Tableau 2 : Modalités d'usages du cannabis (N=230)

Variable	N (%)
Nombre de jours dans semaine	
1 à 3 jours	27 (11,9)
4 à 6 jours	30 (13,2)
Tous les jours	168
Nombre de prises par jour	(74,0)
1 ou 2	
3 à 5	72 (31,3)
6 et plus	77 (33,5)
Nombre de prises par jour (Médiane [Interquartiles])	78 (33,9) 4 [2-8]
Forme principalement consommée	

Herbe	150
Résine	(65,2)
Autres (rosin, teinture)	74 (32,2)
	3 (1,3)
Connaissez-vous le ratio THC/CBD de votre produit ?	52 (22,6)
Non, ne sait pas	149
Majorité de THC	(64,8)
Ratio THC/CBD équilibré	23 (10,0)
Majorité de CBD	6 (2,6)
Mode de consommation principal	
Joint avec tabac	167
Joint sans tabac	(72,6)
Bang/pipe	15 (6,5)
Vaporisation	16 (7,0)
Oral/ingestion	23 (10,0)
	6 (2,6)
Méthode d'approvisionnement	
Autoproduction	59 (25,7)
Marché illégal (deep web, dealer, livraison)	119
Par des amis (achat, dons)	(51,7)
Achat légal, CBD	35 (15,2)
Rencontre des difficultés à s'approvisionner	9 (3,9)
Non	
Oui	76 (33,0)
	150
	(65,2)

Les réponses liées aux modalités d'usage du cannabis sont présentées dans le *tableau 2*. Les trois quarts des participants (74%) ont déclaré utiliser le cannabis quotidiennement. Le nombre médian déclaré de prises de cannabis par jour est de 4 prises par jour, un quart des participants consomment du cannabis 2 fois par jour ou moins et un quart des participants consomment 8 fois par jour ou plus. Les participants ont déclaré consommer le cannabis plutôt sous forme d'herbe (65,2%) que de résine (32,2%). Concernant le ratio THC/CBD du cannabis généralement consommé, la plupart des participants ont déclaré consommer du cannabis avec une majorité de THC (64,9%), plutôt qu'un ratio équilibré (10%) ou majoritaire en CBD (2,6%), et 22,6% ne connaissaient pas le ratio en cannabinoïdes.

Le mode de consommation du cannabis majoritairement rapporté est le mode fumé sous forme de joint, dont 72,6% des participants mélangeant le cannabis avec du tabac dans les joints, et 6,5% qui ne mettent pas de tabac dans les joints et donc qui consomment le cannabis « pur » ou avec un substitut au tabac. Une petite partie des participants a déclaré consommer le cannabis par voie fumée via un bang ou une pipe (7%), et une

autre partie a déclaré consommer le cannabis par voie non-fumée, soit par vaporisation (10%) ou par ingestion (2,6%).

Concernant la voie principale d'approvisionnement, la moitié des participants ont déclaré se fournir sur le marché illégal (51,7%) via des points de vente fixes, par livraison à domicile ou par voie postale. Un quart des participants a déclaré cultiver eux-mêmes le cannabis consommé, 15,2% ont déclaré se fournir auprès de leur entourage par des achats, des échanges ou des dons, et 3,9% ont déclaré se fournir légalement en cannabis, soit en achetant des produits faiblement dosés en THC et légaux en France, soit en se fournissant dans un pays Européen où l'achat de petites quantités de cannabis est toléré, comme dans le cas des « Cannabis Social Club » en Espagne. Deux tiers des participants (65,2%) ont rapporté rencontrer parfois ou la plupart du temps des difficultés à s'approvisionner en cannabis.

Tableau 3 : Le cannabis comme alternative à quelle substance ? (N=230)

Variable	N (%)
Opiacés	100
Opioides prescrits	(43,5)
Héroïne et opioïdes non prescrits	29 (12,6)
Opiacés non précisés	60 (26,1)
	11 (4,8)
Alcool	107
	(46,5)
Stimulant	61 (26,5)
Cocaïne (Chlorhydrate)	27 (11,7)
Crack (Cocaïne free base)	8 (3,5)
Amphétamines, MDMA, Cathinones de synthèse	12 (5,2)
Stimulants non précisés	14 (6,1)
Benzodiazépines	60 (26,1)
Si oui, vous a-t-il été prescrit dans le cadre d'un traitement de la dépendance ?	
Non	40 (66,7)
Oui	8 (13,3)
NR	12 (20,0)
Autres produits déclarés :	
Tabac	7 (3,0)
Hallucinogènes	7 (3,0)
Antidouleurs non-opioïdes (paracétamol, ibuprofène)	6 (2,6)
Autres médicaments (baclofène, Lyrica, neuroleptiques)	7 (3,0)
Nombres de substances déclarées	
Une	157

Plusieurs

(68,3)
73 (31,7)

La question principale de l'enquête demandait pour quelle(s) substance(s) autre(s) que le cannabis les participants cherchaient à maîtriser, réduire ou arrêter la consommation grâce à l'utilisation du cannabis. Les substances déclarées sont présentées dans le *tableau 3*.

Près d'un tiers des participants (31,7%) ont déclaré avoir cherché à maîtriser, réduire ou arrêter la consommation de deux substances ou plus. Parmi les substances proposées, l'alcool a été rapporté par le plus grand nombre de participants (46,5%). Les opiacés étaient la deuxième catégorie de substances la plus rapportée avec 43,5% des participants, dont 12,6% des participants étaient concernés par un ou des médicaments opioïdes prescrits (tels que le tramadol, la codéine, l'oxycodone, la morphine, la buprénorphine, la méthadone, etc), 26,1% des participants étaient concernés par des substances opioïdes obtenues illégalement (telles que l'héroïne, l'opium ou des médicaments opioïdes non-prescrits), et 4,8% n'ont pas précisé le type de substances opioïdes concernés. La catégorie des substances psychostimulantes a été rapportée par 26,5% des participants, dont 11,7% des participants étaient concernés par la cocaïne sous sa forme chlorhydrate, 3,5% étaient concernés par la cocaïne sous sa forme basée (ou « crack »), 5,2% étaient concernés par une substance amphétaminique (« Speed », MDMA, autres) ou une cathinone de synthèse, et 6,1% n'ont pas précisé le type de stimulant concerné. La catégorie des benzodiazépines a également été rapportée par 26,1% des participants. Parmi les participants ayant déclaré utiliser le cannabis pour maîtriser, réduire ou arrêter les consommations de benzodiazépines, 13,3% ont déclaré que ce médicament avait été initialement prescrit lui-même dans le cadre d'un traitement de la dépendance.

Les participants avaient également la possibilité de déclarer d'autres substances dont ils avaient cherché à maîtriser, réduire ou arrêter la consommation. Ainsi, parmi les autres substances, quelques participants ont déclaré le tabac (3%), des hallucinogènes (3%) tels que le LSD ou les champignons, des médicaments antalgiques non-opioïdes ou des anti-inflammatoires (2,6%), et d'autres médicaments divers (3%) tels que la prégabaline, le baclofène ou encore des neuroleptiques.

Tableau 4 : Recours à un professionnel de santé et effets perçus du cannabis, pour chaque classe de substance (N=230)

	Opioïdes (N=100)	Alcool (N=107)	Stimulants (N=61)	Benzodiazépines (N=60)
Avez-vous consulté un professionnel de santé pour maîtriser, réduire ou arrêter vos consommations ?				

Non	25 (25,0)	64 (59,8)	34 (55,7)	23 (38,3)
Oui	59 (59,0)	30 (28,0)	14 (23,0)	27 (45,0)
Non réponse	16 (16,0)	13 (12,2)	13 (21,3)	10 (16,7)
Quel était l'effet du cannabis sur vos consommations de cette substance ?				
Aucun effet,	3 (3,0)	2 (1,9)	2 (3,3)	1 (1,7)
augmentation	14 (14,0)	9 (8,4)	9 (14,8)	5 (8,3)
Maîtrise des	30 (30,0)	49 (45,8)	19 (31,1)	18 (30,0)
consommations	36 (36,0)	34 (31,8)	16 (26,2)	26 (43,3)
Réduction des	17 (17,0)	13 (12,5)	15 (24,6)	10 (16,7)
consommations				
Arrêt complet				
Non réponse				
Le cannabis a-t-il réduit votre envie de consommer cette autre substance ?				
Pas du tout ; Plutôt non	8 (8,0)	7 (6,5)	3 (4,9)	0 (0,0)
Plutôt oui ; Tout-à-fait	74 (74,0)	88 (82,2)	44 (72,1)	50 (83,3)
Non réponse	18 (18,0)	12 (11,2)	14 (23,0)	10 (16,7)

Le *tableau 4* présente, pour chacune des quatre classes de substances considérées, le recours des participants à un professionnel de santé concernant la consommation jugée problématique, ainsi que l'efficacité perçue du cannabis sur les consommations d'autres SPA et sur l'envie de consommer (« craving »). Concernant ces questions-là, un nombre important de réponses étaient manquantes dû au fait qu'un des critères d'inclusion était d'avoir complété le questionnaire jusqu'à la partie sur les modalités d'usage du cannabis, mais les questions qui suivaient n'étaient pas nécessairement complétées. La proportion de participants ayant déclaré avoir demandé l'aide d'un professionnel de santé était assez variable selon la substance dont les participants cherchaient à maîtriser, réduire ou arrêter la consommation. Notamment, peu de participants ont déclaré avoir consulté dans le cadre d'un usage considéré problématique d'alcool (28%) ou de stimulants (23%), tandis que la proportion de participants ayant consulté un professionnel de santé montait à 45% concernant les benzodiazépines et 59% pour les opioïdes. Une grande majorité des participants a déclaré que l'usage de cannabis avait eu un effet favorable sur leurs consommations d'autres SPA. Les participants déclaraient particulièrement un arrêt complet des consommations d'opioïdes (36%), d'alcool (31,8%), de stimulants (26,2%) et de benzodiazépines (43,3%). Un grand nombre de participants déclaraient également que l'utilisation du cannabis avait permis de réduire leurs consommations d'opioïdes (30%), d'alcool (45,8%) de stimulants (31,1%) ou de benzodiazépines (30%). Un plus faible nombre de participants a déclaré avoir retrouvé une maîtrise de leurs consommations d'opioïdes (14%), d'alcool (8,4%), de stimulants (14,8%) ou de benzodiazépines (8,3%).

Les participants ont majoritairement déclaré un effet favorable du cannabis sur leur envie de consommer cette autre substance : 74% pour les opioïdes, 82,2% pour l'alcool, 72,1% pour les stimulants et 83,3% pour les benzodiazépines.

Discussion

Notre étude menée via une enquête par questionnaire en ligne permet ainsi de montrer qu'en France, des personnes utilisent consciemment le cannabis dans l'objectif de maîtriser, de réduire ou d'arrêter des consommations d'autres SPA et se reconnaissent dans cet usage spécifique du cannabis. En raison de la faible diffusion de l'enquête, et du fait que nous recrutons spécifiquement des personnes concernées par cet usage, il nous est impossible d'estimer la prévalence de cette pratique parmi l'ensemble des personnes consommatrices de cannabis en France. Les résultats montrent que parmi les personnes enquêtées, celles-ci utiliseraient le cannabis en alternative aux opioïdes et à l'alcool principalement, et dans une moindre mesure les stimulants et les benzodiazépines. Néanmoins, cette différence ne permet pas d'affirmer que le cannabis serait plus utilisé pour remplacer certaines SPA que d'autres, mais pourrait refléter un biais de recrutement en faveur des personnes utilisatrices d'alcool et d'opioïdes. Certaines questions posées dans l'enquête présentaient un grand nombre de non-réponses : entre 11% et 25% concernaient les questions sur les SPA que les participants cherchaient à maîtriser, réduire ou arrêter. Ces questions étaient présentes à la fin du questionnaire, et ce grand nombre de non-réponses place la longueur ou la complexité du questionnaire en tant que limite à l'étude.

Notre population est composée d'une majorité d'hommes de tous âges. Les données du Baromètre Santé 2020 indiquent que les femmes seraient effectivement moins nombreuses que les hommes à déclarer un usage régulier du cannabis (2% des femmes contre 4,5% des hommes) (Le Nézet et al., 2021). La consommation de cannabis concerne habituellement les individus plus jeunes dans la population générale (6,6% des 18-25 ans contre 1,4% des 45-54 ans). L'usage du cannabis en alternative à d'autres SPA ayant un lien avec l'usage thérapeutique du cannabis, il n'est pas étonnant d'avoir recruté également des participants âgés. Etant donné les caractéristiques liées aux diplômes, au logement et à l'emploi, le niveau socio-économique ne semble pas particulièrement lié à cet usage du cannabis. La fréquence quotidienne de consommation du cannabis chez une majorité de participants peut suggérer une dépendance au cannabis, mais laisse également supposer que, pour beaucoup, les bénéfices du cannabis sont recherchés quotidiennement. Les modalités de consommation du cannabis rapportées par les participants restent conformes aux données disponibles sur l'usage de cannabis en population générale en France, c'est-à-dire que le cannabis est majoritairement fumé en joint, avec du tabac, sous forme d'herbe et avec une majorité de THC (Le Nézet et al., 2021). Au cours des dernières années, le cannabis sous forme d'herbe et des taux de THC élevés sont en effet devenus particulièrement répandus sur le marché français du cannabis (Gandilhon et al., 2019). Néanmoins, une part plus importante des utilisateurs de cannabis de notre étude a rapporté des modes de consommation non-fumés

(ingestion, vaporisation), ou bien fumés sans tabac, comparé aux données en population générale. La combustion du cannabis, et particulièrement du tabac, est un des risques majeurs associés à la consommation de cannabis, et la vaporisation serait une alternative pour réduire l'impact sur les voies respiratoires (Tashkin, 2015).

De la même manière, concernant le mode d'approvisionnement en cannabis, un nombre bien plus important de participants de notre étude a rapporté cultiver eux-mêmes le cannabis consommé (Gandilhon et al., 2019). Ces différences peuvent s'expliquer par l'usage du cannabis motivé par des enjeux de santé chez les participants de notre étude. Une précédente étude en France révélait que les personnes déclarant un usage exclusivement thérapeutique du cannabis avaient plus tendance à vaporiser le cannabis, à réduire la quantité de tabac dans les joints et à cultiver elles-mêmes le cannabis consommé, comparé aux participants ayant un usage mixte ou non-thérapeutique (Bastien et al., 2023). De plus, la majorité des participants de notre étude consomment des produits avec un ratio supérieur en THC qu'en CBD. Le CBD ayant peu d'effets psychoactifs comparé au THC (Singh et al., 2023), la teneur en THC influence la puissance du produit estimée par les personnes utilisatrices de cannabis et ainsi la quantité de produit consommée au cours d'une session (Freeman et al., 2014). D'autres études seraient nécessaires afin d'explorer le rôle des effets psychoactifs du THC dans les bénéfices recherchés par les personnes utilisatrices de cannabis.

Une diversité de pratiques de consommation et d'automédication

Notre **étude** corrobore celles menées précédemment en Amérique du Nord, suggérant que de nombreuses personnes utilisent consciemment le cannabis pour remplacer d'autres SPA (Bruce et al., 2018; Corroon et al., 2017; Kvamme et al., 2021; Lau et al., 2015; P. Lucas et al., 2013; Mercurio et al., 2019; Peters II, 2013; Reiman, 2009; Reiman et al., 2017), et illustre la diversité de parcours de consommation de SPA et de parcours de soin dans lesquels s'inscrirait cet usage du cannabis. Les participants rapportent en effet utiliser le cannabis en alternative à des SPA illégales telles que l'héroïne, la cocaïne, les amphétamines, ou encore à des SPA autorisées, comme l'alcool ou des médicaments accessibles sur prescription tels que les anxiolytiques, les antidépresseurs, les antalgiques opioïdes ou des opioïdes employés en traitement de substitution. Ces médicaments pouvaient avoir été prescrits dans un cadre médical, et dans d'autres cas, leurs usages dépassaient le cadre de la prescription et sont donc utilisés en automédication ou encore de manière non-thérapeutique. Plusieurs substances à la fois pouvaient être rapportées par les participants et remplacées par le cannabis. De plus, les objectifs vis-à-vis des consommations de SPA peuvent varier d'un individu à l'autre. Nous avons employé plusieurs termes pour décrire cet usage du cannabis (« maîtriser », « réduire », « arrêter » la consommation d'autres SPA), et les réponses variées des participants montrent que tous les individus ne décrivent pas les bénéfices de la même manière.

La maîtrise des consommations n'implique pas nécessairement la volonté de réduire l'usage, mais plutôt d'être en mesure d'anticiper et de réguler les moments et les

contextes où les consommations ont lieu ainsi que leurs conséquences. Dans le cadre de poly-usages de SPA, l'usage du cannabis de manière simultanée ou séquentielle à d'autres SPA pourrait permettre notamment de réduire les doses consommées, d'atténuer des effets indésirables ou de retarder l'apparition de l'envie de consommer à nouveau (Boileau-Falardeau et al., 2022; Gonçalves & Nappo, 2015). Dans certains parcours de consommation, les personnes utilisatrices de drogues ne souhaitent pas nécessairement arrêter leurs consommations et peuvent être amenées à utiliser de manière régulière ou intermittente le cannabis comme une alternative moins à-risque que l'alcool, les opiacés et les stimulants, et comme source de plaisir et d'apaisement (Paul et al., 2020). Les personnes utilisatrices de drogues peuvent aussi parfois combiner le cannabis à d'autres SPA pour potentialiser ou réduire les effets psychoactifs d'une ou des deux substances (Boileau-Falardeau et al., 2022), mais cette possible recherche d'interaction n'a pas été explorée dans notre enquête par questionnaire.

Certaines personnes utilisatrices de cannabis parviennent à réduire quantitativement leurs consommations d'autres SPA, voire les arrêtent complètement. Une étude observationnelle menée auprès de personnes injectrices d'opiacés observait que les participants déclarant un usage du cannabis au cours du dernier mois injectaient moins fréquemment que les participants n'utilisant pas le cannabis (Kral et al., 2015). De la même manière dans un échantillon de 2619 personnes injectrices de drogues recrutées via différentes cohortes, l'usage quotidien de cannabis était associé à une moindre fréquence d'injection d'opiacés au cours du mois, comparé à l'usage non-quotidien et au non-usage de cannabis (Reddon et al., 2021). Dans une cohorte de patients ayant un traitement à base d'opioïdes pour des douleurs chroniques, une période de plus de 30 jours de prise de cannabis [thérapeutique prescrit dans le cadre d'un programme médical](#) était associée à une réduction des dosages quotidiens d'opioïdes au cours des mois suivants (Nguyen et al., 2023). Dans une étude clinique auprès de patients volontaires engagés dans un traitement pour la dépendance à l'alcool, il était observé une réduction des quantités d'alcool consommées lors des jours où du cannabis était [spontanément consommé par les participants](#), ainsi qu'une réduction de la probabilité de survenue d'un épisode de « binge drinking » (Karoly et al., 2021). D'autres personnes feraient le constat que le cannabis aide à réduire leur besoin et leur envie de consommer certaines SPA et parviennent donc à gérer par elles-mêmes leur dépendance ou leur sevrage. Lors des expériences de sevrage aux opioïdes, de nombreuses personnes co-usagères de cannabis et d'opioïdes décrivent le cannabis comme une solution lors de l'apparition des symptômes induits par le sevrage, notamment le stress, les douleurs et les tremblements (Bergeria et al., 2020; Meacham et al., 2022). Les interactions entre le système cannabinoïde endogène et le système opioïde endogène pourraient expliquer le lien entre l'usage de cannabis et la gestion de la dépendance aux opiacés (Scavone et al., 2013). Néanmoins, d'autres données provenant d'études chez des patients sous traitement agonistes opioïdes sont plus contradictoires à propos de l'impact du cannabis sur les symptômes de sevrage (De Aquino et al., 2022). Il n'y a actuellement pas de données sur l'impact du cannabis sur les symptômes de sevrage aux autres SPA que les

opiacés. Des études observationnelles de patients suivis pour une dépendance au crack-cocaïne (Labigalini et al., 1999) ou à l'alcool (Mikuriya, 2004) décrivaient des pratiques d'automédication avec le cannabis dans le but réduire leurs consommations, voire maintenir une abstinence, tout en réduisant les symptômes de sevrage et en améliorant leur qualité de vie. Peu d'études cliniques standardisées permettent d'affirmer un impact positif du cannabis dans le cadre d'un traitement de la dépendance aux opioïdes (Lake & St Pierre, 2020), et aucune n'existe pour les autres SPA. Notre [étude](#) ne permet pas de distinguer si le cannabis serait utilisé par les participants comme un moyen de régulation de leurs consommations de SPA, ou plutôt en automédication pour gérer une dépendance, ou encore pour réduire et remplacer spécifiquement une substance en substituant les effets recherchés initialement, tels que des effets euphorisants, antalgiques ou anxiolytiques. Néanmoins, ces réalités ne s'excluent pas les unes des autres puisque, par exemple, les médicaments opioïdes et les benzodiazépines présentent des risques de dépendance et le cannabis est fréquemment utilisé pour soulager des douleurs ou de l'anxiété. Ainsi, dans des parcours de consommation de SPA très divers, l'utilisation du cannabis peut être interprétée comme une stratégie personnelle pour réduire les risques et maximiser les bénéfices.

Les barrières d'accès aux soins

Le choix de se tourner vers une alternative aux traitements médicamenteux prescrits, ou de ne pas se tourner vers les services d'addictologie ou de Réduction des Risques (type CSAPA, CAARUD), soulève la question de l'inadaptation de certains services de soin et de santé pour certaines populations. Les participants à l'étude étaient plus nombreux à déclarer avoir consulté un professionnel de santé lorsque l'usage posant problème concernait des opioïdes ou des benzodiazépines, comparé à l'alcool et aux stimulants. Les opioïdes et les benzodiazépines étant des substances couramment prescrites pour traiter des douleurs et des symptômes anxieux, nous pouvons supposer que certains usages jugés problématiques par les participants auraient débuté dans un cadre de prescription thérapeutique. Les patients traités pour des douleurs chroniques ou des symptômes psychiques tolèrent parfois mal les médicaments disponibles, notamment en raison des effets secondaires ressentis ou d'une dépendance qui s'installe (Lau et al., 2015; Mercurio et al., 2019). Nous pouvons supposer une certaine baisse de la confiance accordée par les personnes utilisant le cannabis en automédication envers une partie du corps médical et les médicaments conventionnels (Kruger & Kruger, 2019).

Concernant le traitement de la dépendance, les personnes en difficultés avec leurs consommations de SPA rencontrent parfois des barrières dans l'accès ou dans le maintien des soins. Beaucoup ne souhaitent pas ou ne parviennent pas à adhérer à l'injonction à l'abstinence totale de toute SPA (Paquette et al., 2022). Notamment, les personnes souhaitant réduire leurs consommations d'alcool percevraient peu de solutions disponibles autres que le sevrage et l'abstinence (Khadjesari et al., 2015). De plus, pour certaines SPA telles que les psychostimulants (cocaïne, crack, amphétamines, cathinones, etc), peu de traitements efficaces sont disponibles pour prendre en charge

les dépendances (Ronsley et al., 2020) et il n'y a pour l'instant pas de traitement reconnu en France autre que l'abstinence. Dans une cohorte de personnes utilisatrices de drogues au Canada, les participants utilisant volontairement le cannabis pour réduire les consommations d'autres SPA ou pour gérer les symptômes de sevrage déclaraient rencontrer des difficultés à accéder à des traitements pour la dépendance (Mok et al., 2022). Nous pouvons supposer que les participants à [l'étude](#) trouvent peu de solutions adaptées à leurs besoins dans les services de soin en addictologie disponibles.

Face à des barrières à l'accès ou au maintien des soins, que ce soit en santé mentale, en gestion des dépendances, ou dans le traitement des douleurs chroniques, certains individus feraient le choix de se tourner vers des traitements alternatifs qui leur correspondraient mieux, dans une démarche de gestion de leur santé. L'usage à but thérapeutique de cannabis reste illégal en France excepté pour les patients inclus dans l'expérimentation menée par l'ANSM, et de nombreuses conditions pour lesquelles des personnes utilisent le cannabis, notamment celles en lien avec la santé mentale, ne sont pas prises en compte dans la liste des recommandations du cannabis médical établie par l'ANSM. Ainsi, les stratégies d'automédication et de gestion des consommations adoptées par certaines personnes utilisatrices de cannabis seraient plutôt issues d'un savoir expérientiel lié aux parcours de vie.

Implications pour l'accompagnement en Réduction des Risques et des Dommages

La grande majorité des participants trouvaient le cannabis efficace pour maîtriser, réduire ou arrêter les consommations d'autres SPA. Pourtant, il est difficile de déterminer l'efficacité réelle du cannabis étant donné les réponses déclaratives, ce sont donc les individus qui établissent les critères de réussite ou d'échec de leur usage de cannabis dans cet objectif. De plus, notre critère de participation à l'étude induisait de base un biais de recrutement, puisque ce sont majoritairement des individus ayant reconnu les effets bénéfiques du cannabis qui se reconnaissent dans cet usage du cannabis et donc qui ont participé à l'étude. L'enquête par questionnaire ayant été diffusée sur des forums d'information et d'entraide entre personnes utilisatrices de drogues, il faut également tenir compte du fait que les personnes ayant eu connaissance du questionnaire peuvent avoir un accès favorisé à l'information sur les SPA et les manières de réduire les risques associés.

Ainsi, les résultats [de l'étude](#) ne permettent pas de recommander l'usage médical du cannabis dans la clinique de la dépendance ou comme traitement de substitution à d'autres SPA. Dans une revue de la littérature (Subbaraman, 2014), le cannabis était considéré comme un potentiel traitement de substitution à l'alcool selon une liste de critères : 1) réduction des consommations, 2) moindre nocivité, 3) moindre potentiel de mésusage, 4) ne pas être utilisé en complément à la substance, 5) moindre potentiel d'overdose, 6) ne pas potentialiser les effets psychoactifs de l'autre substance, 7) permettre de réduire les dépenses de santé. Les auteurs concluent que le cannabis ne remplit que partiellement les critères pour être un traitement de substitution adapté à

l'alcool, et la majorité des études menées présentent des biais de recrutement et des plans d'analyse inadaptés à l'évaluation d'une efficacité du cannabis. Pour l'alcool ainsi que pour les autres substances, le cannabis ne semblerait pas approprié comme traitement de substitution et n'est pas équivalent aux traitements par agonistes. Le cannabis a un mécanisme d'action pharmacologique différent de l'alcool, des opiacés, des stimulants et des benzodiazépines, et peut exercer une interaction avec les effets psychoactifs de ces substances. De plus, la variabilité des effets du cannabis rend son utilisation comme traitement de la dépendance difficilement reproductible d'un patient à l'autre et n'exclue pas que certains patients pourraient utiliser le cannabis en complément des autres substances.

Pourtant, selon l'hypothèse de la stratégie de substitution (Charlton, 2005; Reiman, 2009), les personnes utilisatrices de SPA pourraient choisir une pratique de consommation ou d'automédication en remplacement d'une autre, sur la base d'un calcul des bénéfices et des risques associés à chacune des pratiques. L'usage spontané du cannabis en alternative ou en complément à d'autres SPA, que ce soit pour réguler ses consommations, pour gérer des symptômes de sevrage ou en automédication pour divers symptômes, pourrait donc permettre de réduire des conséquences négatives associées aux consommations de substances selon certains principes de la politique de Réduction des Risques et des Dommages (RdRD). Historiquement, le concept de RdRD s'est construit autour d'une diversité de pratiques de terrain et d'acteurs dans l'urgence d'apporter des réponses aux crises du VIH/SIDA et des overdoses d'héroïne, mais un certain nombre de principes font aujourd'hui consensus entre chercheurs, professionnels de santé et associations représentantes des personnes utilisatrices de drogues (Coppel, 2016). Premièrement, le principe d'autodétermination indique que les personnes utilisatrices de SPA sont actrices de leur santé et doivent être accompagnées dans leurs initiatives de changement de comportements face à ce qu'elles perçoivent comme des risques pour leur santé. Deuxièmement, selon les principes de hiérarchisation des risques et du changement de comportements par étape, l'accompagnement en RdRD ne vise plus prioritairement l'abstinence mais tout changement chez les personnes utilisatrices de SPA permettant de réduire l'impact négatif des consommations sur leur fonctionnement physique, psychique et social dans leur vie quotidienne.

Le cannabis aurait un potentiel d'abus et, dans les faits, il est le plus souvent consommé via des modalités qui présentent à long terme des risques sanitaires, telle que la combustion avec du tabac, mais peut tout de même constituer une alternative moins à-risque pour certains profils de personnes utilisatrices de SPA. Il est important que les professionnels de santé puissent identifier cette pratique chez des patients rapportant des difficultés liées à une dépendance, et puissent instaurer un dialogue sur les bénéfices et les dommages vécus en lien avec les consommations du cannabis et des autres substances.

Conclusion

Notre étude est la première en France à s'intéresser explicitement à l'usage du cannabis en alternative ou complément à d'autres substances psychoactives (SPA). Bien qu'on ne puisse pour l'instant pas affirmer que le cannabis soit un traitement de substitution efficace et adapté aux autres SPA, le fait qu'un certain nombre de personnes utilisatrices de cannabis se reconnaissent dans cette pratique montre que cette dernière constitue une stratégie spontanée de gestion de ses consommations et de sa santé pouvant convenir et s'adapter à certains parcours de vie. Il est important de tenir compte des expériences individuelles et des bénéfices subjectifs liés au cannabis, notamment dans le suivi des patients pour une dépendance, et dans le suivi des patients tolérant mal un traitement médicamenteux. Il serait intéressant de mener des études longitudinales en France auprès de personnes utilisatrices de drogues afin de mesurer l'impact dans le temps de l'usage du cannabis sur les consommations d'autres SPA et sur la qualité de vie. De plus, des études qualitatives permettraient d'explorer la place du cannabis dans les parcours de consommation de SPA et dans les parcours de soin des personnes ayant des pratiques d'automédication.

Bibliographie

- Bastien, M., Mezaache, S., Donadille, C., Martin, V., Appel, L., Lebrun, M., Briand Madrid, L., Barré, T., & Roux, P. (2023). Exclusive Therapeutic Use of Cannabis in a Large Sample of Daily Cannabis Users in France: A Cross-Sectional Survey. *Journal of Psychoactive Drugs*, 0(0), 1–11. <https://doi.org/10.1080/02791072.2023.2224313>
- Bergeria, C. L., Huhn, A. S., & Dunn, K. E. (2020). The impact of naturalistic cannabis use on self-reported opioid withdrawal. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 113. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2020.108005>
- Bewley-Taylor, D., Jelsma, M., & Blickman, T. (2014). *The Rise and Decline of Cannabis Prohibition* [Special Reports]. Transnational Institute. <https://www.tni.org/en/publication/the-rise-and-decline-of-cannabis-prohibition>
- Boehnke, K. F., Litinas, E., & Clauw, D. J. (2016). Medical Cannabis Use Is Associated With Decreased Opiate Medication Use in a Retrospective Cross-Sectional Survey of Patients With Chronic Pain. *The Journal of Pain*, 17(6), 739–744. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2016.03.002>
- Boileau-Falardeau, M., Contreras, G., Garipy, G., & Laprise, C. (2022). Patterns and motivations of polysubstance use: A rapid review of the qualitative evidence. *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada: Research, Policy and Practice*, 42(2), 47–59. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.42.2.01>
- Bruce, D., Brady, J. P., Foster, E., & Shattell, M. (2018). Preferences for Medical Marijuana over Prescription Medications Among Persons Living with Chronic Conditions: Alternative, Complementary, and Tapering Uses. *Journal of Alternative and*

- Complementary Medicine (New York, N.Y.)*, 24(2), 146–153.
<https://doi.org/10.1089/acm.2017.0184>
- Charlton, B. G. (2005). Diazepam with your dinner, Sir? The lifestyle drug-substitution strategy: a radical alcohol policy. *QJM: Monthly Journal of the Association of Physicians*, 98(6), 457–459. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hci067>
- Charoenporn, V., Charernboon, T., & Mackie, C. J. (2022). Medical Cannabis as a Substitute for Prescription Agents: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Substance Use*, 0(0), 1–13.
<https://doi.org/10.1080/14659891.2022.2070870>
- Connor, J., Gullo, M., Chan, G., Young, R., Hall, W., & Feeney, G. (2013). Polysubstance Use in Cannabis Users Referred for Treatment: Drug Use Profiles, Psychiatric Comorbidity and Cannabis-Related Beliefs. *Frontiers in Psychiatry*, 4.
<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2013.00079>
- Connor, J. P., Gullo, M. J., White, A., & Kelly, A. B. (2014). Polysubstance use: Diagnostic challenges, patterns of use and health. *Current Opinion in Psychiatry*, 27(4), 269.
<https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000069>
- Coppel, A. (2016). Pour la construction d'un consensus sur la définition de la RdRD. Principes fondateurs, pratiques professionnelles et objectifs. *Alcoologie et Addictologie, Audition publique à l'initiative de la FFA "Réduction des risques et des dommages liés aux conduites addictives"*(Tome 38, n°3), 207–227.
- Corroon, J. M., Mischley, L. K., & Sexton, M. (2017). Cannabis as a substitute for prescription drugs—A cross-sectional study. *Journal of Pain Research*, 10, 989–998. <https://doi.org/10.2147/JPR.S134330>
- Crummy, E. A., O'Neal, T. J., Baskin, B. M., & Ferguson, S. M. (2020). One Is Not Enough: Understanding and Modeling Polysubstance Use. *Frontiers in Neuroscience*, 14.
<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fnins.2020.00569>
- De Aquino, J. P., Bahji, A., Gómez, O., & Sofuoglu, M. (2022). Alleviation of Opioid Withdrawal by Cannabis and Delta-9-Tetrahydrocannabinol: A Systematic Review of Observational and Experimental Human Studies. *Drug and Alcohol Dependence*, 109702. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2022.109702>
- Freeman, T. P., Morgan, C. J. A., Hindocha, C., Schafer, G., Das, R. K., & Curran, H. V. (2014). Just say 'know': How do cannabinoid concentrations influence users' estimates of cannabis potency and the amount they roll in joints? *Addiction*, 109(10), 1686–1694. <https://doi.org/10.1111/add.12634>
- Gandilhon, M., Spilka, S., & Masson, C. (2019). *Les mutations du marché du cannabis en France* (Théma OFDT). Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies.
<https://www.ofdt.fr/publications/collections/thema/les-mutations-du-marche-du-cannabis-en-france-thema/>

- Gonçalves, J. R., & Nappo, S. A. (2015). Factors that lead to the use of crack cocaine in combination with marijuana in Brazil: A qualitative study. *BMC Public Health*, 15, 706. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2063-0>
- Hakkarainen, P., O’Gorman, A., Lamy, F., & Kataja, K. (2019). (Re)conceptualizing “Polydrug Use”: Capturing the Complexity of Combining Substances. *Contemporary Drug Problems*, 46(4), 400–417. <https://doi.org/10.1177/0091450919884739>
- Karoly, H. C., Ross, J. M., Prince, M. A., Zabelski, A. E., & Hutchison, K. E. (2021). Effects of cannabis use on alcohol consumption in a sample of treatment-engaged heavy drinkers in Colorado. *Addiction*, 116(9). <https://doi.org/10.1111/add.15407>
- Khadjesari, Z., Stevenson, F., Godfrey, C., & Murray, E. (2015). Negotiating the “grey area between normal social drinking and being a smelly tramp”: A qualitative study of people searching for help online to reduce their drinking. *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 18(6), 2011–2020. <https://doi.org/10.1111/hex.12351>
- Kral, A. H., Wenger, L., Novak, S. P., Chu, D., Corsi, K. F., Coffa, D., Shapiro, B., & Bluthenthal, R. N. (2015). Is cannabis use associated with less opioid use among people who inject drugs? *Drug and Alcohol Dependence*, 153, 236–241. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.05.014>
- Kruger, D. J., & Kruger, J. S. (2019). Medical Cannabis Users’ Comparisons between Medical Cannabis and Mainstream Medicine. *Journal of Psychoactive Drugs*, 51(1), 31–36. <https://doi.org/10.1080/02791072.2018.1563314>
- Kvamme, S. L., Pedersen, M. M., Rømer Thomsen, K., & Thylstrup, B. (2021). Exploring the use of cannabis as a substitute for prescription drugs in a convenience sample. *Harm Reduction Journal*, 18(1), 72. <https://doi.org/10.1186/s12954-021-00520-5>
- Labigalini, E., Rodrigues, L. R., & Silveira, D. X. D. (1999). Therapeutic Use of Cannabis by Crack Addicts in Brazil. *Journal of Psychoactive Drugs*, 31(4), 451–455. <https://doi.org/10.1080/02791072.1999.10471776>
- Lake, S., & St Pierre, M. (2020). The relationship between cannabis use and patient outcomes in medication-based treatment of opioid use disorder: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 82, 101939. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101939>
- Lau, N., Sales, P., Averill, S., Murphy, F., Sato, S.-O., & Murphy, S. (2015). A safer alternative: Cannabis substitution as harm reduction. *Drug and Alcohol Review*, 34(6), 654–659. <https://doi.org/10.1111/dar.12275>
- Le Nézet, O., Philippon, A., Lahaie, E., & Andler, R. (2021). *Les niveaux d’usage de cannabis en France en 2020* (Note de Synthèse 2021–06; p. 6). Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies.

- <https://www.ofdt.fr/publications/collections/notes/note-cannabis-barometre-sante/>
- Lucas, P. G. (2008). Regulating compassion: An overview of Canada's federal medical cannabis policy and practice. *Harm Reduction Journal*, 5(1), 5. <https://doi.org/10.1186/1477-7517-5-5>
- Lucas, P., Reiman, A., Earleywine, M., McGowan, S. K., Oleson, M., Coward, M. P., & Thomas, B. (2013). Cannabis as a substitute for alcohol and other drugs: A dispensary-based survey of substitution effect in Canadian medical cannabis patients. *Addiction Research & Theory*, 21(5), 435–442. <https://doi.org/10.3109/16066359.2012.733465>
- Lucas, P., Walsh, Z., Crosby, K., Callaway, R., Belle-Isle, L., Kay, R., Capler, R., & Holtzman, S. (2016). Substituting cannabis for prescription drugs, alcohol and other substances among medical cannabis patients: The impact of contextual factors. *Drug and Alcohol Review*, 35(3), 326–333. <https://doi.org/10.1111/dar.12323>
- Meacham, M. C., Nobles, A. L., Tompkins, D. A., & Thrul, J. (2022). "I got a bunch of weed to help me through the withdrawals": Naturalistic cannabis use reported in online opioid and opioid recovery community discussion forums. *PLOS ONE*, 17(2), e0263583. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0263583>
- Mercurio, A., Aston, E. R., Claborn, K. R., Wayne, K., & Rosen, R. K. (2019). Marijuana as a Substitute for Prescription Medications: A Qualitative Study. *Substance Use & Misuse*, 54(11), 1894–1902. <https://doi.org/10.1080/10826084.2019.1618336>
- Mikuriya, T. H. (2004). Cannabis as a Substitute for Alcohol: A Harm-Reduction Approach. *Journal of Cannabis Therapeutics*, 4(1), 79–93. https://doi.org/10.1300/J175v04n01_04
- Mok, J., Milloy, M.-J., Grant, C., Lake, S., DeBeck, K., Hayashi, K., Kerr, T., & Socías, M. E. (2022). Use of Cannabis as a Harm Reduction Strategy Among People Who Use Drugs: A Cohort Study. *Cannabis and Cannabinoid Research*. <https://doi.org/10.1089/can.2021.0229>
- Nguyen, T., Li, Y., Greene, D., Stancliff, S., & Quackenbush, N. (2023). Changes in Prescribed Opioid Dosages Among Patients Receiving Medical Cannabis for Chronic Pain, New York State, 2017-2019. *JAMA Network Open*, 6(1), e2254573. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.54573>
- Ogborne, A. C., Smart, R. G., Weber, T., & Birchmore-Timney, C. (2000). Who is Using Cannabis as a Medicine and Why: An Exploratory Study. *Journal of Psychoactive Drugs*, 32(4), 435–443. <https://doi.org/10.1080/02791072.2000.10400245>
- Olthuis, J. V., Darredeau, C., & Barrett, S. P. (2013). Substance use initiation: The role of simultaneous polysubstance use. *Drug and Alcohol Review*, 32(1), 67–71. <https://doi.org/10.1111/j.1465-3362.2012.00470.x>

- Paquette, C. E., Daughters, S. B., & Witkiewitz, K. (2022). Expanding the continuum of substance use disorder treatment: Nonabstinence approaches. *Clinical Psychology Review*, 91, 102110. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102110>
- Park, J.-Y., & Wu, L.-T. (2017). Prevalence, reasons, perceived effects, and correlates of medical marijuana use: A review. *Drug and Alcohol Dependence*, 177, 1–13. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.03.009>
- Paul, B., Thulien, M., Knight, R., Milloy, M. J., Howard, B., Nelson, S., & Fast, D. (2020). “Something that actually works”: Cannabis use among young people in the context of street entrenchment. *PloS One*, 15(7), e0236243. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236243>
- Peppin, J. F., Raffa, R. B., & Schatman, M. E. (2020). The Polysubstance Overdose-Death Crisis. *Journal of Pain Research*, 13, 3405–3408. <https://doi.org/10.2147/JPR.S295715>
- Peters II, D. C. (2013). Patients and Caregivers Report Using Medical Marijuana to Decrease Prescription Narcotics Use. *Humboldt Journal of Social Relations*, 35, 24–40.
- Philibert, A., & Zobel, F. (2019). *Revue internationale des modèles de régulation du cannabis*. Université de Genève. <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:118515>
- Pritchett, C. E., Flynn, H., Wang, Y., & Polston, J. E. (2022). Medical Cannabis Patients Report Improvements in Health Functioning and Reductions in Opiate Use. *Substance Use & Misuse*, 0(0), 1–10. <https://doi.org/10.1080/10826084.2022.2107673>
- Reddon, H., DeBeck, K., Socias, M.-E., Lake, S., Dong, H., Hayashi, K., & Milloy, M.-J. (2021). Frequent Cannabis Use Is Negatively Associated with Frequency of Injection Drug Use Among People Who Inject Drugs in a Canadian Setting. *Cannabis and Cannabinoid Research*, 6(5), 435–445. <https://doi.org/10.1089/can.2019.0104>
- Reiman, A. (2006). *Cannabis care: Medical marijuana facilities as health service providers*. University of California.
- Reiman, A. (2009). Cannabis as a substitute for alcohol and other drugs. *Harm Reduction Journal*, 6(1), 35. <https://doi.org/10.1186/1477-7517-6-35>
- Reiman, A., Welty, M., & Solomon, P. (2017). Cannabis as a Substitute for Opioid-Based Pain Medication: Patient Self-Report. *Cannabis and Cannabinoid Research*, 2(1), 160–166. <https://doi.org/10.1089/can.2017.0012>
- Reinarman, C., Nunberg, H., Lanthier, F., & Heddleston, T. (2011). Who Are Medical Marijuana Patients? Population Characteristics from Nine California Assessment Clinics. *Journal of Psychoactive Drugs*, 43(2), 128–135. <https://doi.org/10.1080/02791072.2011.587700>
- Reynaud-Maurupt, C. (2009). *Les habitués du cannabis—Une enquête qualitative auprès des usagers réguliers* (TREND - Tendances Récentes et Nouvelles Drogues, p. 312).

- OFDT. <http://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/rapports-d-etudes/rapports-detudes-ofdt-parus-en-2009/les-habitudes-du-cannabis-une-enquete-qualitative-aupres-des-usagers-reguliers-janvier-2009/>
- Ronsley, C., Nolan, S., Knight, R., Hayashi, K., Klimas, J., Walley, A., Wood, E., & Fairbairn, N. (2020). Treatment of stimulant use disorder: A systematic review of reviews. *PloS One*, 15(6), e0234809. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234809>
- Scavone, J. L., Sterling, R. C., & Van Bockstaele, E. J. (2013). Cannabinoid and opioid interactions: Implications for opiate dependence and withdrawal. *Neuroscience*, 248, 637–654. <https://doi.org/10.1016/j.neuroscience.2013.04.034>
- Singh, C., Rao, K., Yadav, N., Vashist, Y., Chugh, P., Bansal, N., & Minocha, N. (2023). Current Cannabidiol Safety: A Review. *Current Drug Safety*, 18(4), 465–473.
- Subbaraman, M. S. (2014). Can Cannabis be Considered a Substitute Medication for Alcohol? *Alcohol and Alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, 49(3), 292–298. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agt182>
- Takakuwa, K. M., Hergenrather, J. Y., Shofer, F. S., & Schears, R. M. (2020). The Impact of Medical Cannabis on Intermittent and Chronic Opioid Users with Back Pain: How Cannabis Diminished Prescription Opioid Usage. *Cannabis and Cannabinoid Research*, 5(3), 263–270. <https://doi.org/10.1089/can.2019.0039>
- Tashkin, D. P. (2015). How beneficial is vaping cannabis to respiratory health compared to smoking? *Addiction*, 110(11), 1706–1707. <https://doi.org/10.1111/add.13075>