



HAL
open science

Quel rôle jouent les médecins généralistes dans le repérage et la prise en charge des patients consommateurs de cannabis ? Étude menée sur l'île de La Réunion entre décembre 2013 et mars 2014

Christophe Quentin

► **To cite this version:**

Christophe Quentin. Quel rôle jouent les médecins généralistes dans le repérage et la prise en charge des patients consommateurs de cannabis ? Étude menée sur l'île de La Réunion entre décembre 2013 et mars 2014. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01126669

HAL Id: dumas-01126669

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01126669>

Submitted on 6 Mar 2015

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.

Université Bordeaux 2

U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2014

thèse N° 163

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME d' ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Le 8 Décembre 2014

Par Christophe QUENTIN
Né le 17 mai 1980 à SEDAN

**' Quel rôle jouent les médecins généralistes dans le repérage et la prise en charge
des patients consommateurs de cannabis ? '**
Etude menée sur l' île de la Réunion entre décembre 2013 et mars 2014

Sous la direction de
Monsieur le Docteur Patrick GAILLARD

Jury

Monsieur le Professeur AURIACOMBE Marc	Président
Monsieur le Maître de conférence FRANCO Jean-Marc	
Madame le Maître de conférence RIQUEL Line	Rapporteur
Monsieur le Docteur METE David	
Monsieur le Docteur DER KASBARIAN Michel	

Remerciements

Au Professeur Auriacombe, qui me fait l'honneur de présider cette thèse.
Qu'il trouve ici l'expression de mon profond respect.

Au Docteur Franco , qui m'a soutenu dans mon parcours et dans mon travail.
Qu' il trouve ici l' expression de ma toute reconnaissance

Au Docteur Riquel , qui me fait l'honneur de juger ce travail.
Merci pour l' intérêt que vous avez porté sur ce projet.

Au Docteur Mété , qui m' a rassuré sur la pertinence de ce travail.
Cet encouragement m' a décidé à me lancer dans cette étude.

Au Docteur Der Kasbarian, qui m' a fait découvrir la Médecine Générale.
Quel plaisir c' était de venir travailler à tes côtés !

Au Docteur Foubert, qui a suivi ce projet depuis son commencement. J' ai apprécié son aide, ses conseils, son partage d' expérience . Merci aussi pour ces moments de convivialité.

Au Docteur Jean, qui m' a été bon conseiller dans l' abord de ce travail.

Au Docteur Duverdier, pour les idées et les corrections d' orthographe.

Au Docteur Drevon, pour sa confiance, et sa bienveillance.

A Mr Navon pour son partage d' expérience.

A toute l'équipe de SAOME, qui m'a accueilli chaleureusement. Merci pour son engagement.

Un grand merci au Docteur Chirpaz pour son aide précieuse.

Merci à tous les participants sans qui ce travail n' aurait pas existé.

Je tiens à remercier particulièrement le Docteur Gaillard de m'avoir accordé sa confiance et sa disponibilité. Merci de m' avoir aidé à concrétiser ce projet qui me tenait vraiment à cœur.
Et encore merci pour m' avoir aidé à progresser.

« L'éducation est votre arme la plus puissante pour changer le monde »

Nelson MANDELA.

Liste des abréviations

ADOSPA : Adolescents et Substances psychoactives

AFTCC : Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive

ALAC : Alcohol Advisory Council

AVP : Accidents de la voie publique

BPCO : Broncho-pneumopathie chronique obstructive

CA : Conseil Administratif

CAARUD : Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de risques pour Usagers de Drogues

CAST : Cannabis Abuse Screening Test

CBD : Cannabidiol

C.G.E.O.I : Collège des Généralistes Enseignants de l'Océan Indien

C.H.U. : Centre Hospitalier Universitaire

CS : Conseil Scientifique

CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

DSM-IV : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders , version 4

DSM-5 : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders , version 5

GHER : Groupe Hospitalier Est Réunion

IC : Intervalle de confiance

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

MG : Médecin généraliste

ODM : Ordre des Médecins

SAOME : Réseau d' addictologie Réunionnais

S.F.T.G. : Société de Formation Thérapeutique Généraliste

THC : 9 delta-tétra-hydro-cannabinol

U.R.M.L : Union Régionale des Médecins Libéraux

Table des matières

I. Introduction.....	12
I.A. Contexte.....	12
I.A.1. Présentation du cannabis et du système endo-cannabinoïde.....	12
I.A.1.a. La plante et ses variétés.....	12
I.A.1.b. Le système endo-cannabinoïde.....	13
I.A.1.c. La substance.....	14
I.A.1.d. Les récepteurs aux cannabinoïdes.....	15
I.A.1.e. Effets recherchés.....	17
I.A.2. Epidémiologies comparées.....	18
I.A.2.a. Proportions de consommateurs de cannabis.....	18
I.A.2.b. Facteur scolaire et professionnel.....	19
I.A.2.c. Chômage et usage régulier.....	20
I.A.2.d. Influence du diplôme.....	20
I.A.2.e. Influence de la catégorie professionnelle.....	21
I.A.2.f. Le calendrier de consommation.....	22
I.A.2.g. Influence géographique.....	23
I.A.3. Les risques du cannabis.....	25
I.A.4. Le potentiel thérapeutique des cannabinoïdes.....	25
I.A.5. Une évolution lente vers un consensus.....	26
I.A.6. Présentation du Réseau SAOME.....	27
I.A.7. Pourquoi repérer l'usage de cannabis ?.....	28
I.B. Objectifs.....	30
I.B.1. Objectif principal.....	30
I.B.2. Objectifs secondaires.....	30
II. Méthodologie.....	31
II.A. Matériel :.....	31
II.A.1. type d' étude.....	31
II.A.2. critères de selection choisis.....	31

II.A.3. Population : Choix des médecins généralistes.....	31
II.A.3.a. Les critères d'inclusion de l' étude.....	32
II.A.3.b. Les critères d' exclusion de l' étude.....	32
II.B. Méthodes : envoi des questionnaires et recueil des résultats.....	33
II.C. Le questionnaire.....	33
II.C.1. étude des variables.....	33
II.C.2. Les dimensions explorées.....	34
II.C.2.a. Variables relatives au médecin.....	34
II.C.2.b. Variables relatives au repérage.....	34
II.C.2.c. Variables relatives au bilan d' impact de l'usage.....	35
II.C.2.d. Variables relatives aux types d'usages rapportés.....	36
II.C.2.e. Variables relatives à la recherche de facteurs aggravants.....	36
II.C.2.f. Variables relatives à la perception du médecin sur l'usage auto-thérapeutique.....	36
II.C.2.g. Variables relatives au recours au réseau de soin.....	37
II.C.2.h. Variables relatives à l'exploration respiratoire.....	37
II.C.2.i. Variables relatives à l'opinion des médecins sur la qualité de la prévention.....	37
II.C.2.j. Variables relatives aux modes de formations préférés.....	38
III. Résultats de l' enquête.....	39
III.A. Caractéristiques de la population étudiée.....	39
III.A.1. Sex Ratio.....	39
III.A.2. Ancienneté.....	40
III.A.3. Lieu d'exercice.....	41
III.B. Analyse Statistique Univariée Descriptive.....	42
III.B.1. Les fréquences du repérage.....	42
III.B.2. La difficulté à repérer.....	43
III.B.3. Les modalités de l' usage.....	44
III.B.3.a. L' âge du début de consommation.....	44
III.B.3.b. Les circonstances lors de l' usage.....	45
III.B.3.c. L' usage solitaire.....	46
III.B.3.d. L' usage matinal.....	47
III.B.3.e. La quantité quotidienne consommée.....	48

III.B.3.f. La poly-consommation.....	49
III.B.3.g. La conduite de véhicule sous emprise.....	50
III.B.4. Repérage d'une substance substance illégale.....	50
III.B.5. Le bilan somatique et psychologique.....	51
III.B.6. La classification DSM-5.....	52
III.B.7. Motifs des usagers intensifs.....	52
III.B.7.a. Le stress.....	53
III.B.7.b. Un trouble chronique de l' humeur ou une anxiété.....	54
III.B.7.c. Une douleur physique.....	55
III.B.7.d. Un mode de vie festif.....	56
III.B.7.e. Une perte de maîtrise de l' usage.....	57
III.B.8. Le bilan psycho-social.....	58
III.B.9. La recherche de traumatisme ancien.....	59
III.B.10. L' usage auto-thérapeutique.....	60
III.B.11. Le réseau de soin.....	61
III.B.12. L' exploration respiratoire.....	62
III.B.13. La communication de prévention.....	63
III.B.14. Intérêt exprimé pour une formation.....	64
III.C. Analyse comparative.....	65
IV. Discussion.....	70
IV.A. Résultat principal et ses implications.....	70
IV.B. Forces et faiblesses de notre étude :.....	71
IV.B.1. Les forces.....	71
IV.B.2. Les faiblesses.....	71
IV.C. Axes de réflexion.....	73
IV.C.1. Le médecin face au produit.....	73
IV.C.1.a. Un intérêt naissant chez les généralistes ?.....	73
IV.C.1.b. Une maladie ou un mode de vie ?.....	76
IV.C.1.c. Les conduites addictives : une pathologie très polymorphe.....	77
IV.C.2. Le bilan des facteurs favorisant l'usage.....	78

IV.C.2.a. Évaluation de la qualité du sommeil.....	78
IV.C.2.b. Évaluation du terrain.....	79
IV.C.3. La recherche d'impacts de la consommation.....	79
IV.C.3.a. Évaluer les risques et les dégâts.....	79
IV.C.3.b. Les leviers pour diminuer les dommages.....	80
IV.C.4. Les soins.....	82
IV.C.4.a. Une réponse de l'usager au stress.....	82
IV.C.4.b. Une réponse du médecin au stress.....	83
IV.C.4.c. La place du médecin généraliste.....	84
IV.C.5. Le réseau de soin.....	85
IV.C.5.a. Quand faut il hospitaliser ?.....	85
IV.C.5.b. Étendue du réseau de soin.....	85
IV.C.5.c. La place de la psychothérapie.....	85
IV.C.6. Le sport comme substitut ?.....	88
IV.C.6.a. Existence d' un sous-groupe à risques parmi les sportifs.....	88
IV.C.6.b. Théorie de l' auto-détermination.....	88
IV.C.6.c. Encadrement du sportif à risque.....	89
IV.C.7. Participation à la prévention.....	91
IV.C.7.a. Approche métropolitaine de la communication de prévention.....	91
IV.C.7.b. Approche réunionnaise de la communication de prévention.....	91
IV.C.7.c. Innovation américaine de la communication de prévention.....	92
IV.C.7.d. Sensibiliser la médecine scolaire.....	92
IV.C.8. formation des médecins généralistes.....	92
V. Projets.....	94
V.A. Développer un outil d' évaluation des conduites addictives.....	94
V.B. Développer un site d' aide.....	94
V.C. Mesurer la qualité rédactionnelle des courriers.....	94
VI. Conclusion.....	97
VII. Bibliographie.....	98
VIII. Annexes.....	105

VIII.A. Enquête sur la Réunion : questionnaire page 1.....	105
VIII.B. Enquête sur la Réunion : questionnaire page 2.....	106
VIII.C. Enquête sur la Réunion : questionnaire page 3.....	107
VIII.D. Enquête sur la Réunion : questionnaire page 4.....	108
VIII.E. Test CAST.....	109
VIII.F. Test ADOSPA.....	110
VIII.G. Test ALAC.....	111
VIII.H. Critères diagnostiques de l'abus selon le DSM IV.....	112
VIII.I. Critères diagnostiques de dépendance selon le DSM IV.....	113
VIII.J. DSM-5 : Nouvelle définition de la dépendance.....	114
VIII.K. Contacts utiles.....	115
IX. Table des illustrations.....	117
X. Table des figures.....	118
XI. Table des tableaux.....	119
XII. Serment d' Hippocrate.....	120
XIII. Mentions d' approbations.....	121
XIV. ABSTRACT.....	122

I. INTRODUCTION

I.A. Contexte

I.A.1. Présentation du cannabis et du système endo-cannabinoïde

I.A.1.a. La plante et ses variétés

Le cannabis est une plante d'origine asiatique dont l'espèce la plus répandue est le Cannabis sativa (chanvre indien) [1] et ses effets neuro-pharmacologiques sont essentiellement dus au delta 9-tetra-hydro-cannabinol (THC). Il est classé en France comme stupéfiant.

Il se présente sous 3 formes [2] :

l'herbe (feuilles, tiges et sommités fleuries séchées), la résine (le "haschisch") et l'huile (plus concentrée en principe actif). Généralement, l'herbe et le haschisch se fument sous forme de "joint" (avec du tabac, sous la forme d'une cigarette roulée). L'huile est plutôt consommée à l'aide d'une pipe. Plus marginalement, le cannabis peut aussi être ingéré, incorporé dans des préparations alimentaires (gâteaux space-cakes) ou bu (infusions). Une forme émergente de consommation est la vaporisation des fleurs séchées [3].

Il existe 3 grands types de variétés :

- la variété Ruderalis , fibreuse et pauvre en principe psychoactif.
- Les variétés Indica et Sativa riches en THC mais dont le ratio THC / CBD diffèrent [4].

Les effets psychoactifs diffèrent :

- La variété Sativa possède un effet tonique euphorisant.
- La variété Indica possède un effet relaxant.

Le patrimoine génétique [5,6] ainsi que les conditions de cultures [7] influencent les taux des cannabinoïdes et le ratio THC / CBD.

Le terme de zamal est le terme Réunionnais pour désigner le cannabis, subdivisé selon le phénotype en « qualités » telles que les qualités « poivre », «mangue»,«mangue-carotte», etc.

I.A.1.b. *Le système endo-cannabinoïde*

Les deux principaux endo-cannabinoïdes [8] sont l'AEA « anandamide » et le 2-AG de leurs appellations chimiques respectives N-arachidonylethanolamide et 2-Arachidonoylglycerol .

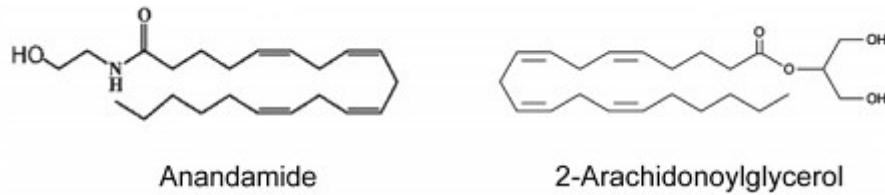


Illustration 1: structures chimiques de l'AEA et du 2-AG

Ces substances sont synthétisées dans les neurones post synaptiques, à partir de l'acide arachidonique présent dans la couche lipidique de la membrane cellulaire.

Elles sont ensuite libérées dans l'espace synaptique où elles rencontrent le récepteur CB-1.

Cette interaction aboutit à modifier le flux entrant de calcium libre, diminuant le relargage de neurotransmetteur du neurone présynaptique. Il s'agit donc d'un rétro-contrôle.

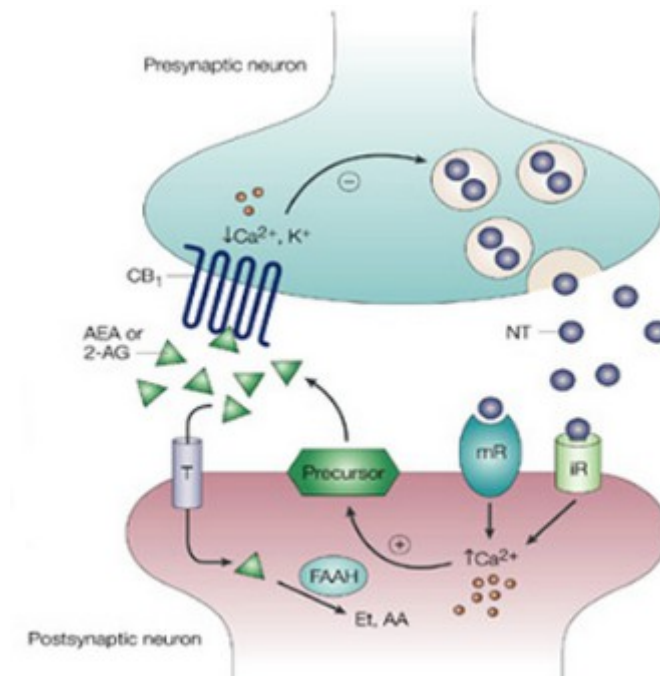


Illustration 2: cycle synaptique des endo-cannabinoïdes

L' AEA ou « anandamide » et le 2-AG sont ensuite recaptés par le neurone post synaptique pour y être dégradé en acide arachidonique grâce respectivement aux enzymes FAAH (Fatty Acid Amide Hydrolase) et MAG lipase (Monoacylglycerol lipase).

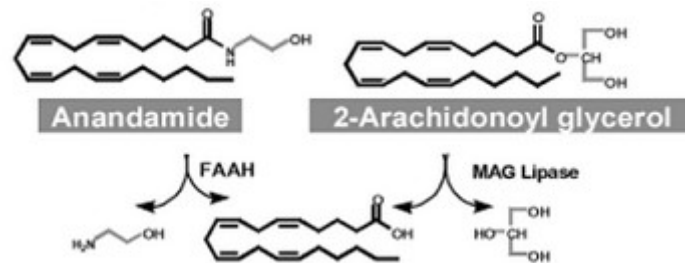


Illustration 3: catabolisme des endo-cannabinoïdes

Le système endo-cannabinoïde est diffus, et participe notamment à la régulation thermique, nociceptive, métabolique, immunitaire, et très probablement à la maturation et entretien du système nerveux.

I.A.1.c. La substance

Les deux constituants les plus activement étudiés dans le cannabis sont le THC et le CBD respectivement Δ -9-tétrahydrocannabinol et le cannabidiol. Le THC est le principe psychoactif.

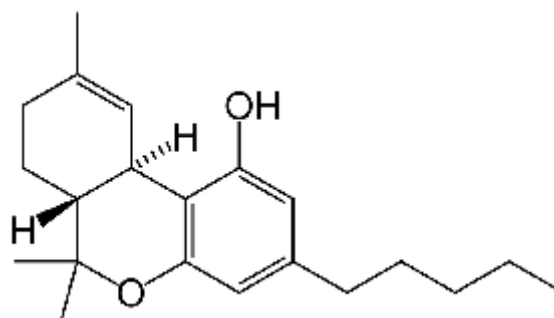


Illustration 4: structure chimique du THC

Sa particularité est d'être un agoniste partiel des récepteurs CB 1 et CB 2 [9].

En fonction du niveau d'intensité du signal endo-cannabinoïde, il joue comme agoniste ou antagoniste.

Le CBD n'est pas psychoactif et il aurait des vertus neuroprotectives [10,11] et limiterait les risques liés aux intoxications au THC [12]. Il a également des propriétés anti-inflammatoires [13,14].

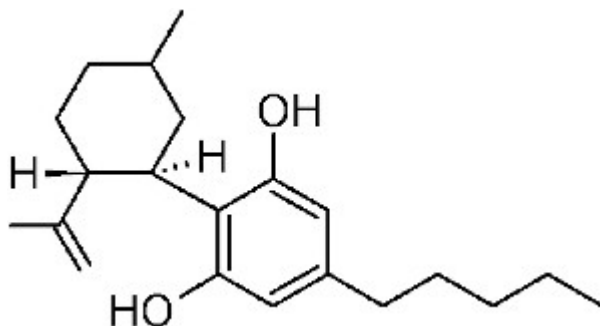


Illustration 5: structure chimique du CBD

I.A.1.d. Les récepteurs aux cannabinoïdes

Les récepteurs cannabinoïdes se répartissent en 2 familles principales :

la famille métabotrope et la famille ionotrope.

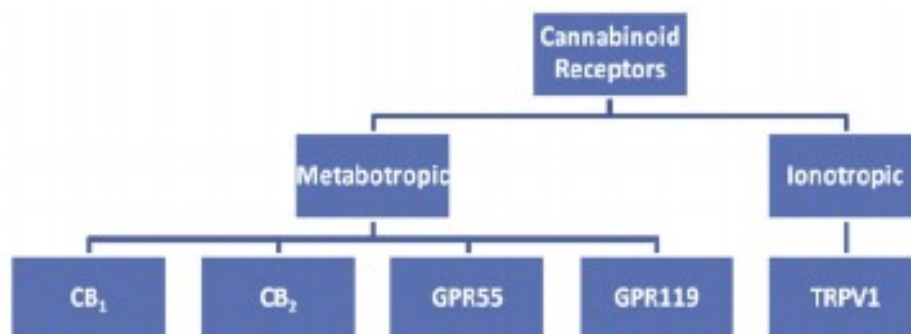


Illustration 6: Les familles de récepteurs aux cannabinoïdes

- Les récepteurs métabotropes sont des protéines membranaires qui en réponse à l'action d'un ligand changent leur conformation et activent une cascade d'événements intracellulaires.

En général, les récepteurs métabotropes sont couplés à des molécules associées à la membrane appelées protéines G trimériques. L'activation du récepteur entraîne la dissociation de la protéine G qui va alors interagir directement avec un canal ionique ou bien déclencher une cascade de signalisation intracellulaire impliquant différentes protéines effectrices. Contrairement aux récepteurs ionotropes, les récepteurs métabotropes ne contiennent pas de canaux ioniques.

- Un récepteur ionotrope sensible à un ligand est une protéine membranaire qui ouvre un canal ionique suite à la liaison d'un messenger chimique ou neurotransmetteur.

Ils sont généralement sélectifs à un type d'ions tels que Na^+ , K^+ , Ca^{2+} ou Cl^- . Ils sont localisés au niveau des synapses, où ils convertissent de manière extrêmement rapide un message pré-synaptique chimique (neurotransmetteur) en message post-synaptique électrique.

L'effet psychotrope est principalement dû au THC lorsqu'il se fixe sur le récepteur CB-1 dans le système nerveux central. L'effet anti-inflammatoire du CBD est lié à sa fixation aux récepteurs CB-2 distribués à la surface des cellules immunitaires.

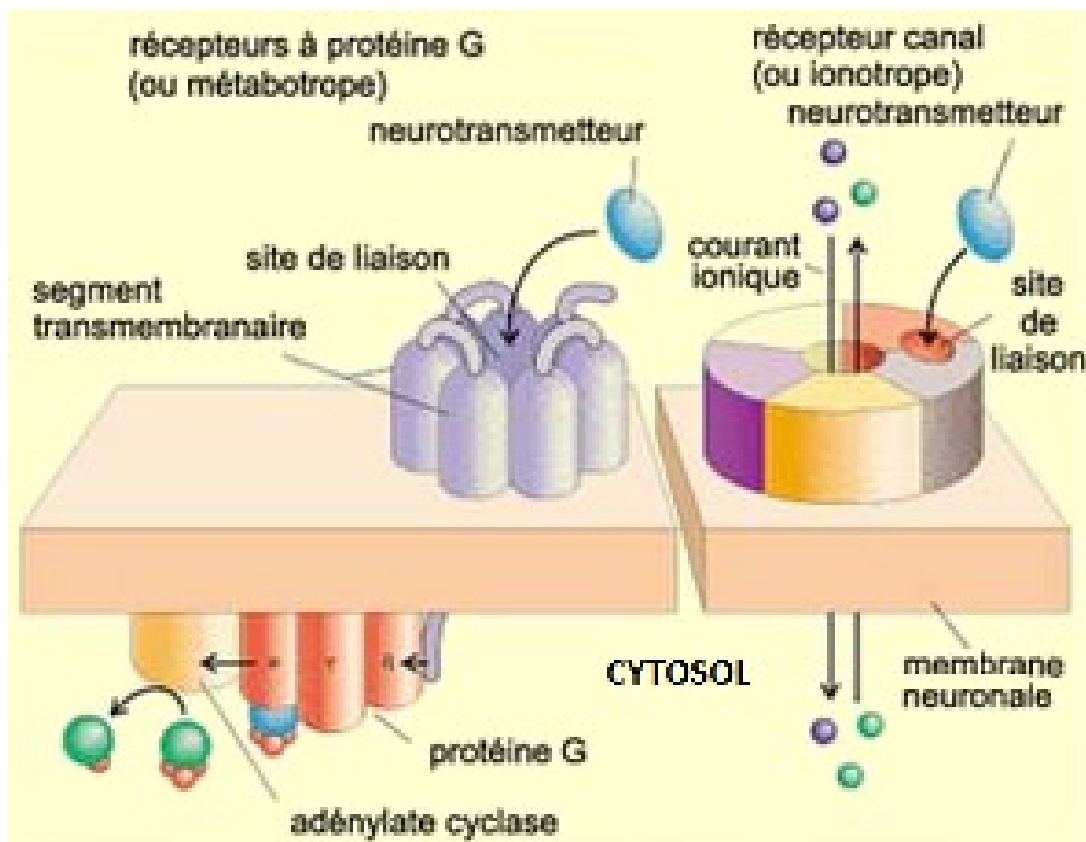


Illustration 7: Représentation de récepteurs métabotropes et ionotropes

I.A.1.e. Effets recherchés

Le circuit de récompense utilise comme neurotransmetteur la dopamine entre l'aire tegmentale ventrale (V.T.A.) et le nucleus accumbens (N.A.). Le neurone dopaminergique subit un contrôle de son activité par inhibition grâce à l'inter-neurone GABAergique.

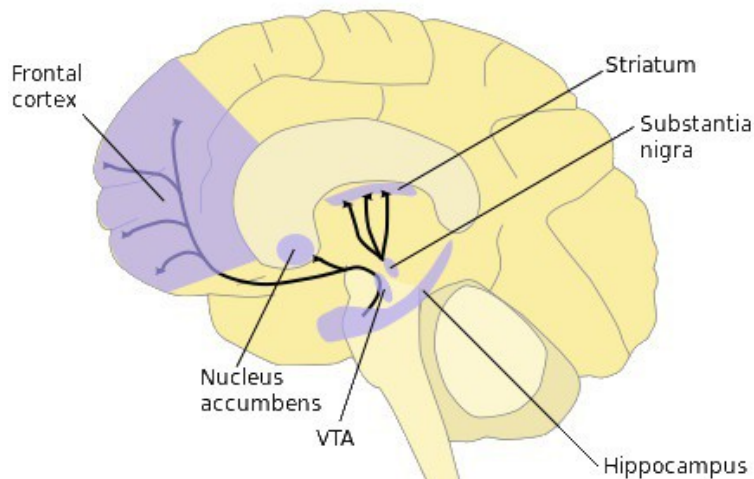


Illustration 8: Représentation du circuit de la récompense

Dans le cas d'un usager prédisposé ayant une consommation intensive, le THC [15] vient se fixer sur le récepteur CB1 à la surface de l'inter-neurone GABAergique, ce qui diminue sa sécrétion de GABA. Le « freinage » de la sécrétion du neurone dopaminergique est donc levée, l'afflux de dopamine dans le nucléus accumbens procure du plaisir. Le cortex frontal permet l'association avec ce contexte de prise de cannabis.

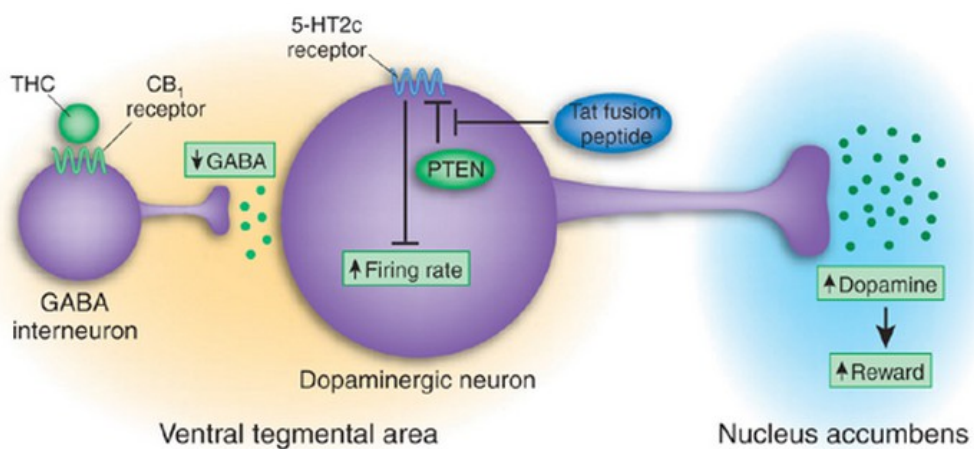


Illustration 9: Action du THC sur le circuit de la récompense

Il existe un lien biochimique entre facteurs de stress et prise de substance [16,17].

I.A.2. Epidémiologies comparées

I.A.2.a. *Proportions de consommateurs de cannabis*

En France en 2005, parmi les 15-24 ans, 12,7 % ont consommé du cannabis au cours des 30 derniers jours, 7,5% étaient des usagers réguliers et 3,6% des usagers quotidiens [18].

Le sexe et l'âge sont des facteurs importants associés à la consommation.

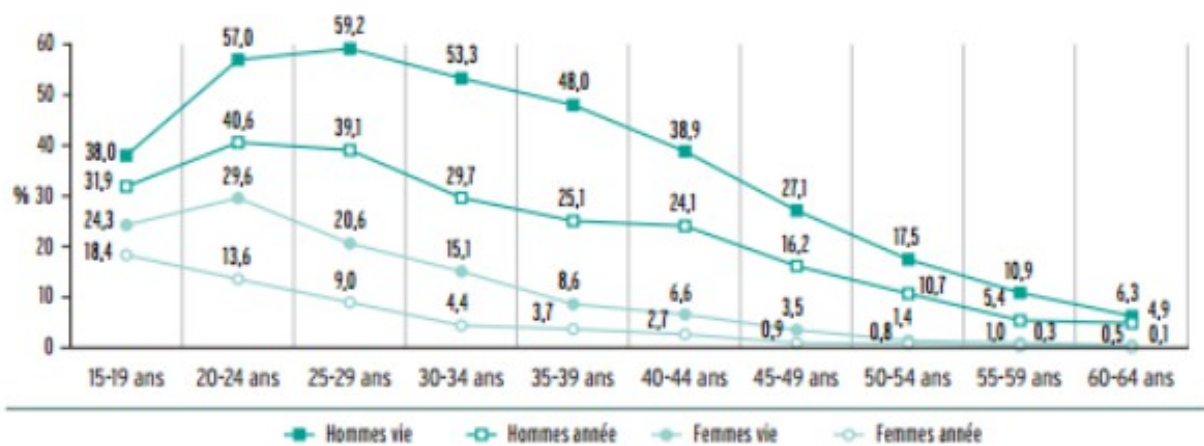


Illustration 10: Proportions de consommateurs de cannabis au cours de la vie et de l'année

I.A.2.b. Facteur scolaire et professionnel

Il semble exister une influence du milieu social des individus. En comparant les catégories de personnes suivant leur situation scolaire et professionnelle, les usages apparaissent faibles parmi les inactifs retraités ou non.

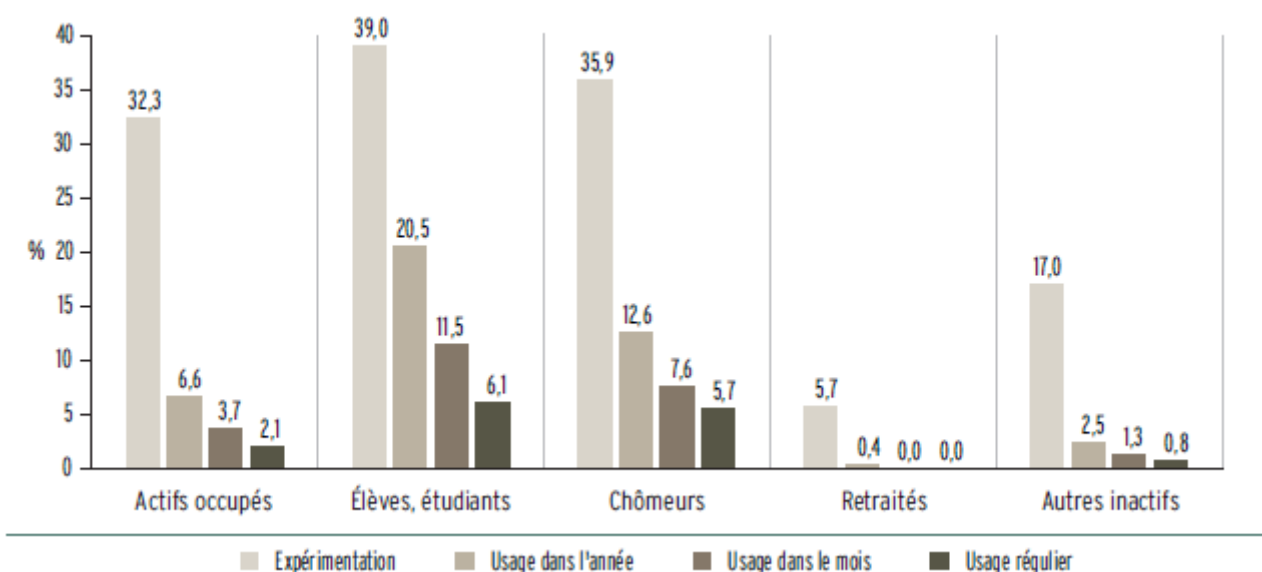


Illustration 11: Usages du cannabis suivant le statut scolaire et professionnel parmi les 15-64 ans

Il existe des différences de diffusion du cannabis suivant le milieu social :

- les inactifs ont un faible usage qu'ils soient retraités ou non.
- les étudiants et les chômeurs ont les taux d'usages les plus hauts.
- les actifs occupés ont un usage intermédiaire.

I.A.2.c. Chômage et usage régulier

Pour les 35-44 ans, l'activité professionnelle éloigne des usages récents : chômeurs et inactifs présentent une nette surconsommation comparativement aux actifs occupés.

	Usage au cours de la vie	Usage au cours de l'année	Usage au cours du mois	Usage régulier
Chômage (n=559)	1,4	2,1	2,5	3,1
Autres inactifs (n=448)	0,9	1,7	1,7	1,7
Actifs occupés : réf. (n=4 461)	1	1	1	1

* L'ajustement porte sur l'âge, le sexe, la vie de couple, la parentalité, la catégorie d'agglomération (quatre niveaux), le niveau de diplôme (trois niveaux) et l'équipement téléphonique (liste rouge, blanche, mobile).

En gras figurent les OR dont l'intervalle de confiance à 95 % ne contient pas 1.

Illustration 12: Odds ratios ajustés pour le statut professionnel en fonction des usages de cannabis parmi les 35-44 ans

I.A.2.d. Influence du diplôme

Dans la tranche 15-44 ans, les sujets ayant un niveau d'étude supérieur au baccalauréat appartiennent au groupe ayant le plus expérimenté le cannabis au cours de sa vie comparé aux groupes de niveaux d'études inférieurs. Cependant, c'est également le groupe à la plus faible consommation régulière. Le groupe le moins qualifié est aussi celui qui a le moins expérimenté le cannabis, cependant c'est celui qui en fait le plus une consommation régulière.

	Usage au cours de la vie	Usage au cours de l'année	Usage au cours du mois	Usage régulier
Bac (n=3440)	1,3	1,1	1,2	0,9
Supérieur au bac (n=5858)	1,5	1,2	1,1	0,7
Inférieur au bac, aucun : réf. (n=6944)	1	1	1	1

* L'ajustement porte sur l'âge, le sexe, la vie de couple, la parentalité, la catégorie d'agglomération (quatre niveaux), le niveau de diplôme (trois niveaux) et l'équipement téléphonique (liste rouge, blanche, mobile).

En gras figurent les OR dont l'intervalle de confiance à 95 % ne contient pas 1 ; celui en italiques est significativement inférieur à 1

Illustration 13: Odds ratios ajustés pour le niveau de diplôme en fonction des usages du cannabis parmi les 15-44 ans

Un meilleur niveau d'instruction autoriserait l'expérimentation, ne freinerait pas l'usage actuel, mais "protégerait" du basculement vers une consommation régulière.

D'autres facteurs pourraient entrer ici en ligne de compte : sociabilité, environnement familial, perception de la santé...

I.A.2.e. *Influence de la catégorie professionnelle*

Parmi les actifs occupés on distingue 3 groupes :

- les agriculteurs qui sont sous-consommateurs.
- les artisans, commerçants, et chefs d'entreprise et ouvriers qui sont surconsommateurs.
- les cadres et professions intermédiaires qui ont une consommation proche de la moyenne.

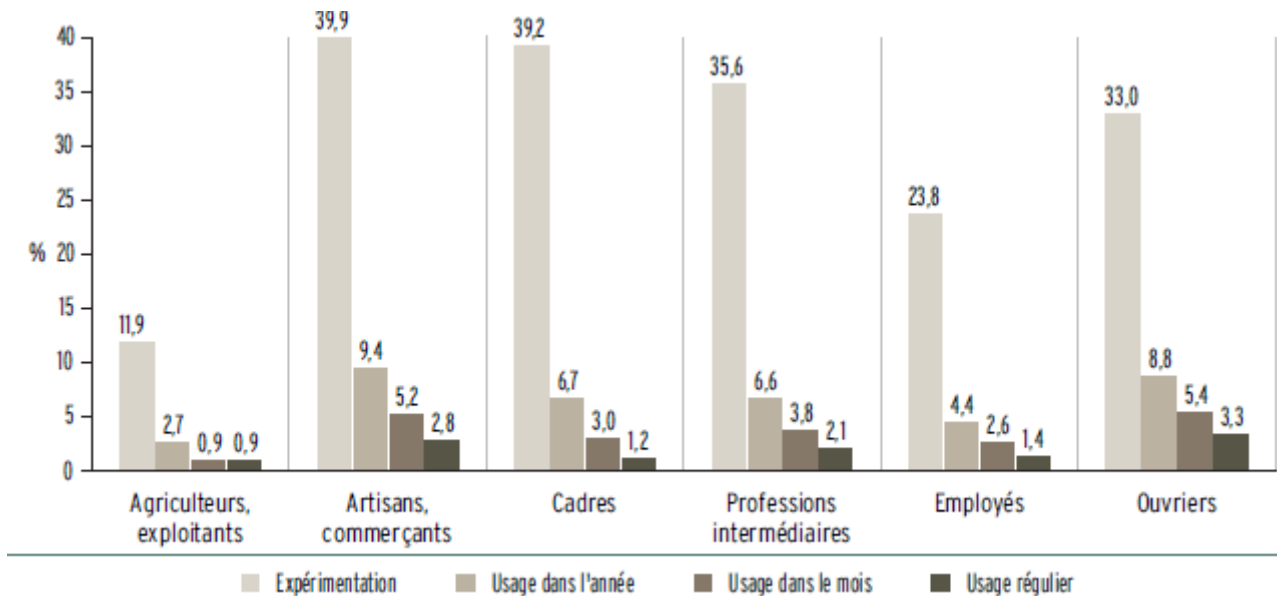


Illustration 14: Usages du cannabis parmi les actifs occupés âgés de 15 à 64 ans

L' odds ratio ajusté retrouve l' influence du niveau de diplôme notamment pour les cadres.

	Usage au cours de la vie	Usage au cours de l'année	Usage au cours du mois	Usage régulier
Agriculteurs (n=158)	<i>0,4</i>	<i>0,4</i>	0,4	0,6
Artisans, commerçants (n=688)	1,5	1,3	1,1	0,9
Cadres (n=1627)	1,6	1,1	0,9	0,6
Professions intermédiaires (n=2 804)	1,5	1,1	1,0	0,8
Employés (n=2865)	1,0	0,8	0,8	0,7
Ouvriers (référence, n=1857)	1	1	1	1

* L'ajustement porte sur l'âge, le sexe, la vie de couple, la parentalité. L'équipement téléphonique et la catégorie d'agglomération ne sont pas introduits, car trop inégalement répartis entre les agriculteurs et le reste des actifs. En gras figurent les OR dont l'intervalle de confiance à 95 % ne contient pas 1; ceux en italiques sont significativement inférieurs à 1.

Illustration 15: Odds ratios ajustés pour les usages du cannabis parmi les actifs occupés de 15 à 44 ans

Il y a une fraction plus importante d'utilisateurs réguliers chez les ouvriers

I.A.2.f. *Le calendrier de consommation*

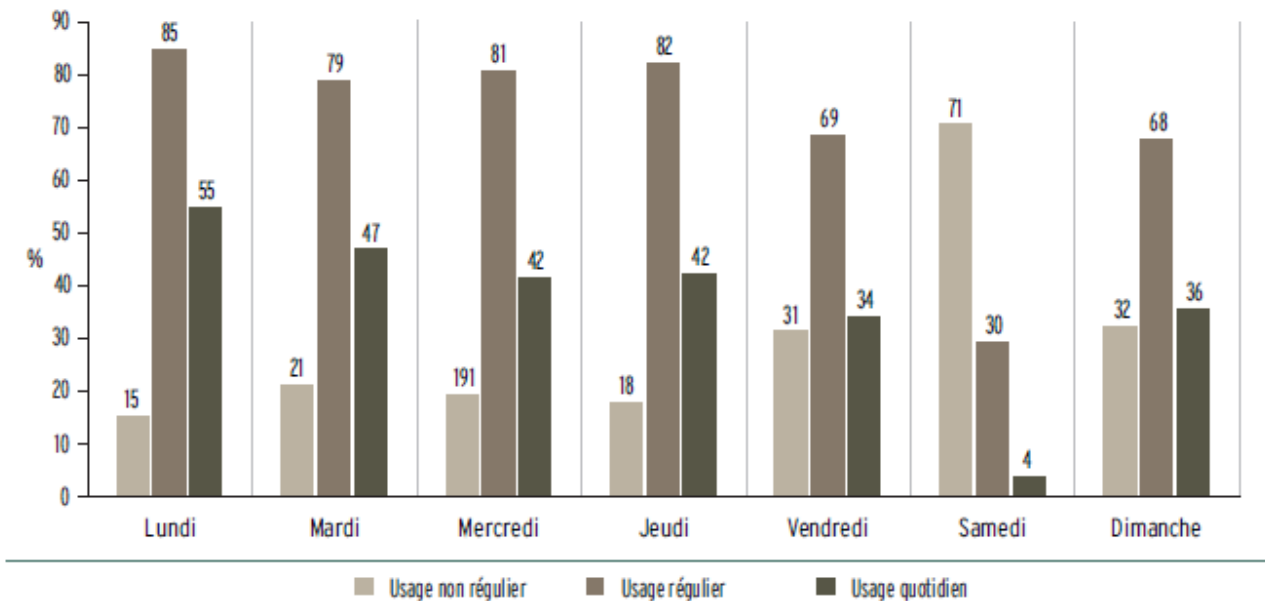
on note une influence du jour de la semaine en fonction du profil de l' usager :

Les usagers réguliers représentent 80% des consommateurs du Lundi, Mardi, Mercredi et Jeudi.

Cette proportion tombe à 69% le vendredi puis à 29 % le Samedi et remonte à 68% le Dimanche.

Le contraste est encore plus marqué pour les usagers quotidiens.

Le Samedi est le jour le plus contrasté : c'est le jour où les usagers non réguliers consomment le plus et où les usagers réguliers consomment le moins.



Lecture : 85 % de ceux qui déclarent avoir fumé pour la dernière fois un lundi sont des usagers réguliers. La somme des pourcentages des usagers réguliers et des usagers non réguliers fait 100 % pour chaque journée, tandis que les quotidiens sont inclus dans les réguliers.

Illustration 16: Répartition des consommateurs suivant leur fréquence de consommation un jour donné

I.A.2.g. *Influence géographique*

Comparaison internationale

Les élèves tchèques étaient, en 2011, les premiers expérimentateurs de cannabis en Europe, juste devant les élèves français (42 % vs 39 %).

Cependant, le niveau d'usage de cannabis au cours du mois, dit « usage récent », observé parmi les jeunes français, était trois fois supérieur à la moyenne de l'ensemble des pays (7 %).

Les adolescents français étaient, en 2011, les premiers usagers récents de cannabis en Europe [19].

La France se distingue clairement des autres pays d'Europe, en étant le seul pays avec un niveau d'usage récent supérieur à 15 %.

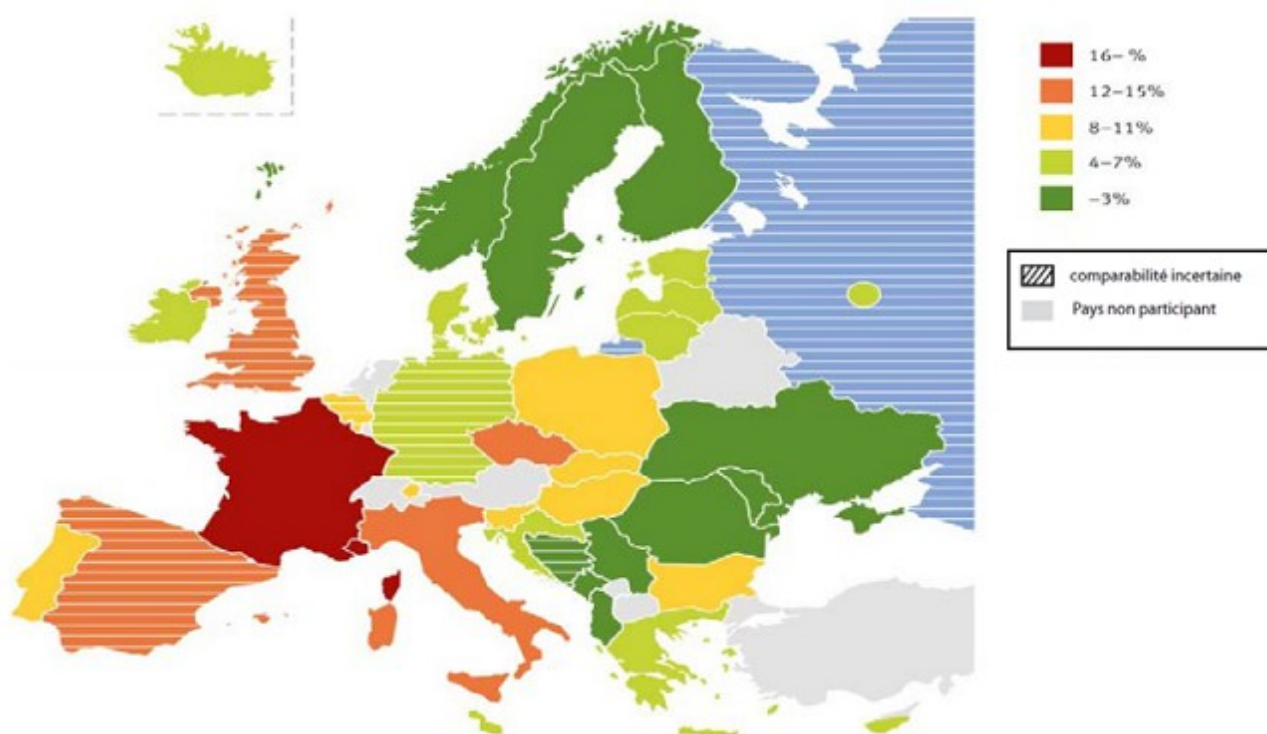


Illustration 17: Cartographie de l'usage récent de cannabis en Europe en 2011

Un tel niveau positionne aujourd'hui les adolescents français comme les premiers consommateurs de cannabis en Europe.

Comparaison nationale

En 2008 [20], Le niveau d' expérimentation de cannabis des Réunionnais était proche de celui mesuré en Martinique et en Guadeloupe et était nettement plus bas que celui mesuré en Métropole. En l' espace de 4 ans, il a augmenté de façon très significative, alors qu'il a baissé dans les 3 autres zones. La Réunion s'est nettement distancié des niveaux martiniquais et guadeloupéens, pour ce rapprocher du niveau métropolitain.

		Guadeloupe (%) (n=499)	Martinique (%) (n=440)	Réunion (%) (n=657)	Métropole (%) (n=27 402)
Expérimentation de cannabis	Garçons	37***	34***	47	44
	Filles	25***	26***	32	38,9
	Ensemble	31***	30***	40	41,5
	Niveau 2008	33	35	34**	42,2
Cannabis régulier	Garçons	7	7	12	9,5
	Filles	2	2	2	3,4
	Ensemble	5	5	7	6,5
	Niveau 2008	5	4	4**	7,3***

Source : Enquêtes Escapad 2008 et 2011

Il est indiqué pour chaque indicateur la prévalence pour les garçons, les filles et l'ensemble lors de la dernière enquête 2011. Il est rappelé également la prévalence pour l'ensemble des jeunes en 2008.

* ** *** signifie que le niveau observé dans le DOM est statistiquement différent de celui observé en métropole, respectivement au seuil de 0,05, 0,01 ou 0,001.

* ** *** signifie que l'évolution de la prévalence entre 2008 et 2011 est statistiquement significative, respectivement au seuil de 0,05, 0,01 ou 0,001.

Illustration 18: Evolutions entre 2008 et 2011 sur les niveaux de fréquences d' usages de cannabis en fonction du sexe et du lieu

En 2008, Le niveau d' usage régulier de cannabis des Réunionnais était parmi les plus bas.

En 2011, ce niveau était le plus haut comparé aux 3 autres régions pendant que la métropole a significativement diminué son niveau.

I.A.3. Les risques du cannabis

La consommation de cannabis expose le patient à une toxicité psychiatrique, pulmonaire et à un risque accru de cancer, auxquels s'ajoute la majoration du risque accidentogène et d'autres complications. La toxicité cardiovasculaire est suspectée.

Les adolescents sont plus sensibles [21,22] à ces toxicités et sont les plus exposés [23] : sa forte prévalence d'usage chez les adolescents et jeunes adultes en font des cibles prioritaires pour la prévention, le repérage, et l'accompagnement.

La population réunionnaise est plus jeune que la moyenne nationale : en 2007 les moins de 20 ans représentaient 37% de sa population versus 25% en moyenne nationale [24].

Parmi les adolescents consommateurs de cannabis, l'étude ESCAPAD 2011 rapporte un taux d'usage à risque dans 37 % des cas à la Réunion versus 18,4 % en métropole.

Au total, 9 % de l'ensemble des jeunes de 17 ans vivant dans les Départements d'Outre Mers sont classés comme consommateurs de cannabis à risque, contre 6 % des adolescents de la métropole [25]. Les notions d'abus et de dépendance ont évolué pour affiner le diagnostic avec le D.S.M. 5 disponible depuis en mai 2013. Avant cette date, le taux de « dépendance » au cannabis était estimé entre 4 à 9% [26, 27] parmi ses consommateurs. La forte prévalence et l'impact possible de cette conduite addictive doivent inviter le médecin généraliste à avoir une attitude d'éducation, d'écoute et d'accompagnement.

I.A.4. Le potentiel thérapeutique des cannabinoïdes

Il existe un mouvement politique mondial tendant à revoir le statut juridique du cannabis, favorisé par une meilleure compréhension du système endocannabinoïde. Des pistes thérapeutiques novatrices sont apparues, répondant à un besoin de solutions efficaces dans le cas de pathologies cancérologiques [28, 29, 30], neurologiques [31, 32] et auto-immunes [33, 34]. La France connaît l'une des plus fortes prévalences d'usage en Europe, malgré des textes juridiques parmi les plus restrictifs.

Il est apparu récemment sur le marché « gris » des substances de synthèses dérivées des cannabinoïdes, dites « Spice » [35, 36, 37, 38, 39]. Elles sont légales pour la plus part car pas encore répertoriées au moment de leur introduction. Elles possèdent des effets psychotropes puissants et des toxicités mal documentées.

I.A.5. Une évolution lente vers un consensus

En échangeant avec les médecins que je remplaçais, ceux-ci me rapportaient des difficultés à répondre aux questions des usagers ou de leur proches.

Notre travail de recherche a commencé en mai 2013. Mon intérêt s'intensifia et je notai une fréquente méconnaissance des risques, des mécanismes de toxicités ainsi que des pistes thérapeutiques explorées. Plus inquiétant mais rare, j'ai constaté des cas de déni de l'usage de cannabis au sein d'une patientèle. Les usagers véhiculent parfois un stéréotype très négatif.

L'actualité fût dynamique dès le départ de ces recherches :

Le 5 juin 2013, le décret n° 2013-473 permettait la délivrance d'une autorisation de mise sur le marché à des médicaments contenant du cannabis ou ses dérivés [40].

Presque six mois plus tard, dans le journal le Figaro [41] du 20/11/2013 et dans Libération [42] du 22/11/2013, rapportèrent le procès d'un patient atteint d'une maladie de Horton qui consommait à but thérapeutique. Le Juge l'avait relaxé mais le parquet fit appel.

Je n'ai retrouvé aucun cas de surdosage de cannabis directement mortel dans la bibliographie, mais j'ai été intrigué par les divergences d'approche en Europe.

Trois semaines plus tard, le cannabis récréatif fût légalisé le 10 décembre 2013 en Uruguay, puis suivirent rapidement aux USA l'état de Washington et le Colorado le 1^{er} janvier 2014.

Le 8 janvier 2014, le Sativex® , indiqué dans les douleurs chez le patient atteint de sclérose en plaques, était le premier médicament basé sur des cannabinoïdes à obtenir l'AMM en France.

Son introduction est prévue en 2015 en milieu hospitalier.

I.A.6. Présentation du Réseau SAOME

L'association a pour but de promouvoir, organiser et gérer, par le biais d'un réseau de santé ou tout autre dispositif adapté, les actions en faveur de :

- la prévention des conduites addictives et leurs conséquences.
- l'amélioration des pratiques professionnelles et partenariales afin d'optimiser la prise en charge des personnes présentant des conduites addictives.
- l'appui fonctionnel à la coordination de parcours.
- l'appui méthodologique dédié aux décideurs et aux acteurs.
- l'information et la formation sur la thématique des addictions et champs connexes.

Les activités du réseau SAOME sont :

- Coordonner un Réseau Régional d'Addictologie.

Ce réseau vise à appuyer les professionnels de premier recours qui accompagnent les personnes addictes dans leur parcours de santé. Il contribue à l'amélioration des pratiques professionnelles.

- Animer une plateforme d'échanges et d'information Drogues et Dépendances.

SAOME contribue à la mutualisation et valorisation des compétences et au partage d'information en matière de drogues et prévention des addictions (peidd.fr).

- Mettre en œuvre des actions de prévention et/ou de sensibilisation Interventions auprès des populations, en particulier de groupes cibles (adolescents, femmes enceintes...).

Ce travail de thèse m'a permis de me rapprocher de ce réseau où j'y ai rencontré du personnel hospitalier, des travailleurs sociaux, des psychologues, des médecins libéraux. J'ai assisté à une Réunion au G.H.E.R. ainsi qu'au CSAPA de Saint Denis. L'approche pluri-disciplinaire et

multi-dimensionnelle , enrichie d' un conseil scientifique est attractive, et favorise l' échange entre l' expérience des spécialistes et le vécu quotidien en médecine libérale.

SAOME est une interface d' échanges entre :

- les structures hospitalières d' addictologie qui accueillent surtout les patients « lourds » présentant par exemple une poly-consommation ou des comorbidités.
- Les CSAPA qui offrent notamment des Consultations Jeunes Consommateurs adaptées aux patients qui font l' objet de mon travail de thèse.
- Les médecins libéraux, psychologues et travailleurs sociaux, qui peuvent exprimer un besoin, une idée et recevoir un support pour leur pratique.

I.A.7. Pourquoi repérer l'usage de cannabis ?

Je m'interrogeais sur les futurs renouvellements d'ordonnances, les soucis de détournement de médicaments. En Allemagne, le tribunal administratif de Cologne [43] autorisait le 22/7/2014 pour la première fois plusieurs patients à cultiver du cannabis à des fins thérapeutiques, pour peu qu'ils justifient leur requête au cas par cas.

C'est un donc un paysage complexe, aux enjeux importants, dans lequel le médecin généraliste doit trouver sa place et adapter sa pratique. Nos recherches montrent l' existence d' une marge d' amélioration des pratiques, dans une optique de diminution des risques.

Une nouvelle approche de la prévention est nécessaire. Il existe des méthodes d' entretien adaptées à l' accompagnement des usagers intensifs de substances.

Le sevrage du tabac favorise le sevrage du cannabis et vice versa, d'où un argument supplémentaire pour le repérer [44].

La vaporisation [3,45,46,47] est une alternative pour diminuer la toxicité respiratoire lié à la combustion : sa température de chauffage est inférieure au point combustion, et évite la formation

de monoxyde de carbone et des produits de pyrolyse.

Elle présente un intérêt pour les patients rencontrant des difficultés de sevrage, ou dans les cas d'usages thérapeutiques.

Enfin, la Prégnénolone semble être une piste prometteuse pour faciliter ce sevrage [48], mais nécessite des études complémentaires.

Ces éléments m'ont amené à me poser la question suivante :

' Quel rôle jouent les médecins généralistes dans le repérage et la prise en charge des patients consommateurs de cannabis ? '

I.B. Objectifs

Une part d'ombre portait sur la pratique du médecin généraliste que j'ai comparée par des échelles d'évaluation liées aux usages, validées en France (CAST, ADOSPA) ou à l'étranger (ALAC).

I.B.1. Objectif principal

- L' **objectif principal** était de mesurer la prévalence du repérage par les MG de l' usage du cannabis chez les patients âgés de 15 à 35 ans.

I.B.2. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires étaient de :

- identifier le profil des usagers.
- évaluer la recherche des complications et le repérage primaire des comorbidités recherchées.
- connaître sur quels acteurs du réseau de soin les médecins généralistes s' appuyaient pour la prise en charge des usagers de cannabis.
- mesurer le désir des médecins pour une formation sur le cannabis.
- mesurer la perception de l' efficacité de la prévention du cannabis.
- rechercher un groupe sociologique de médecins généralistes rencontrant des difficultés accrues face aux usagers de cannabis.

La connaissance de ces déterminants devant permettre de mieux cibler les besoins de formation.

II. MÉTHODOLOGIE

II.A. Matériel :

II.A.1. type d' étude

Nous avons réalisé une étude descriptive transversale des pratiques professionnelles par recueil d'opinion chez les MG de l' île de la Réunion. La période d' étude s' étendait du 9 décembre 2013 au 15 mars 2014.

II.A.2. critères de selection choisis

Nous souhaitons faire une étude sur l'ensemble des MG de l' île de la Reunion.

De manière arbitraire nous avons eu recours à des critères de sélection pour recruter les MG.

II.A.3. Population : Choix des médecins généralistes

En interrogeant une population tirée au sort à partir d'une liste établie grâce au site internet des pages jaunes. Afin d'augmenter le nombre de participants, nous avons également envoyé un email aux contacts du C.G.E.O.I. (Collège des Généralistes des Enseignants de l'Océan Indien), ainsi qu'à ceux de la S.F.T.G. (Société pour la Formation Thérapeutique du Généraliste), aux membres médecins du réseau SAOME (réseau d'addictologie Réunionnais ex "Réunissaf"), ainsi qu'aux MG que j'ai déjà remplacés. Il n'y a pas eu échantillonnage car l'ensemble des personnes qui ont répondu favorablement a été retenue.

II.A.3.a. Les critères d'inclusion de l'étude

- être médecin généraliste en exercice libéral , installé ou (inclusif) remplaçant .
- être répertorié au moins sur l'un des registres suivants : pages jaunes, C.G.E.O.I., S.F.T.G., ou SAOME , ou parmi les contacts des médecins directement précédemment contactés.
- être en activité sur l'île de la Réunion.

II.A.3.b. Les critères d'exclusion de l'étude

- l'absence d'adresse mail fournie.
- médecins consultant que le Lundi.

II.B. Méthodes : envoi des questionnaires et recueil des résultats

Après avoir obtenu une liste aléatoire de médecins généralistes à partir des pages jaunes, nous les avons joints par téléphone pour leur expliquer les objectifs de cette étude.

Nous avons demandé aux médecins de nous fournir leur adresse mail. Nous leur avons envoyé un email via l'adresse privée these974cannabis2014@gmail.com pour communiquer l'adresse internet du questionnaire électronique :

https://docs.google.com/forms/d/17UcNOiuBkZ9hmZcAIS06cJp5Hhfw-LhD_y6w3e5GvLE/viewform?edit_requested=true#

Lorsque le médecin ne pouvait pas prendre la communication, un message électronique était envoyé à l'adresse email fournie par la secrétaire. Le questionnaire a été redistribué aux associés et remplaçants des médecins contactés en première intention. Les formulaires demandaient les initiales et dates de naissances en vue d'éliminer les doublons. Les formulaires ont été anonymisés. Les cabinets ne fournissant aucune adresse mail ont été exclus.

Nous avons voulu une enquête anonyme, il n'y a pas eu d'entretien physique, le fax ne permettait pas un véritable anonymat.

Nous n'avons pas accepté les réponses :

- par voie postale
- par fax
- par téléphone

Les réponses aux formulaires n'étaient pas reçues directement, mais étaient stockées grâce à la technologie du « Cloud » via les « Google Documents ». Cet aspect a été expliqué par téléphone et répété dans l'email contenant le lien redirigeant sur le formulaire de « Google Documents ».

Les appels téléphoniques n'étaient jamais réalisés le Lundi pour ne pas déranger les MG joints.

II.C. Le questionnaire

II.C.1. étude des variables

Les variables quantitative discrètes étaient : l'âge et l'ancienneté d'installation.

Toutes les autres variables étaient des variables qualitatives ordinales ou nominales.

II.C.2. Les dimensions explorées

II.C.2.a. *Variables relatives au médecin*

VARIABLES	REponses POSSIBLES	JUSTIFICATION
Sexe du médecin	Homme - femme	Description de l' échantillon. Incidence sur la pratique
Année de naissance	Année	Vérification d'éventuel doublon
Initiales	Initiales	Vérification d'éventuel doublon
Ancienneté d'exercice	Années	Description de l' échantillon. Incidence sur la pratique
Lieu d'exercice	Secteurs de l'île	Description de l' échantillon. Incidence sur la pratique

II.C.2.b. *Variables relatives au repérage*

VARIABLES	REponses POSSIBLES	JUSTIFICATION
Fréquence de repérage des 15-35 ans	Systématique-Souvent-Parfois-Jamais	Description du repérage
Difficulté du repérage comparée à l'alcool	Plus facile - Équivalent - Plus difficile	Comparaison de repérage
Recherche des premiers usages Recherche des circonstances de l'usage Recherche d'un usage solitaire Recherche d'un usage matinal Quantification de la consommation quotidienne Recherche d'une polyconsommation Recherche d'une conduite sous emprise	Systématique-Souvent-Parfois-Jamais	Description du repérage
Le caractère illégal accroît il la difficulté à repérer ?	Oui-Non-Indifférent	Influence du statut juridique du cannabis

II.C.2.c. Variables relatives au bilan d'impact de l'usage

VARIABLES	REPONSES POSSIBLES	JUSTIFICATION
<p>Liste d'impacts somatiques ou psychologiques recherchés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une anxiété - Une humeur dépressive - Des troubles du sommeil - Des troubles du comportement ou épisodes psychotiques - Des troubles de la mémoire - Un "manque d'énergie" - Un accident de la voie publique - Des plaies, contusions, fractures - Des signes de BPCO - Aucun de la liste 	Oui-Non	Description du bilan d'impacts de l'usage
Utilisation du DSM 5 par le médecin	Oui-Non	Recherche de l'utilisation de l'outil diagnostique DSM 5
<p>Liste de répercussions sociales recherchées :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Des problèmes scolaires ou professionnels - Des problèmes sentimentaux - Des problèmes avec les parents - Des problèmes d'argent - Des remarques venant de l'entourage - Aucun de la liste 	Oui-Non	Description de l'évaluation sociale de l'utilisateur

II.C.2.d. Variables relatives aux types d'usages rapportés

VARIABLES	REPNSES POSSIBLES	JUSTIFICATION
<ul style="list-style-type: none"> -Usage faisant face à un stress identifié - Usage faisant face à un trouble chronique de l'humeur , ou une anxiété - Usage faisant face à une douleur physique - Usage lié à un mode de vie festif - Il existe une perte de la maîtrise de la consommation 	Systématique-Souvent-Parfois-Jamais	Motif exprimé par le patient pour justifier un usage intensif

II.C.2.e. Variables relatives à la recherche de facteurs aggravants

VARIABLES	REPNSES POSSIBLES	JUSTIFICATION
Recherche de traumatismes psychologiques anciens	Systématique-Souvent-Parfois-Jamais	Recherche de facteurs aggravants

II.C.2.f. Variables relatives à la perception du médecin sur l'usage auto-thérapeutique

VARIABLES	REPNSES POSSIBLES	JUSTIFICATION
Estimation du taux d'usage thérapeutique parmi les usagers quotidiens	<ul style="list-style-type: none"> 0 à 9% 10 à 19 % 20 à 29 % 30 % et au-delà 	Description des opinions des médecins généralistes sur l'usage auto-thérapeutique

II.C.2.g. Variables relatives au recours au réseau de soin

VARIABLES	REPNSES POSSIBLES	JUSTIFICATION
Orientation habituelle des usagers perçus comme intensifs	<ul style="list-style-type: none"> - Simple prise en charge au cabinet - Incitation à rejoindre un club sportif - Vers le milieu associatif (type Kaz' Oté) - Vers une structure C.S.A.P.A. - Appel à Drogues Info Services - Vers un psychologue - Vers un addictologue - Vers un psychiatre - Vers un pneumologue 	Étude du recours au réseau de soin utilisé par le médecin généraliste face à un usager intensif de cannabis

II.C.2.h. Variables relatives à l'exploration respiratoire

VARIABLES	REPNSES POSSIBLES	JUSTIFICATION
Fréquence de l'exploration respiratoire des consommateurs de cannabis (Peak Flow, ou spirométrie miniature, ou EFR)	Systematique-Souvent-Parfois-Jamais	Description de l'intérêt du médecin sur l'appareil respiratoire chez le consommateur de cannabis

II.C.2.i. Variables relatives à l'opinion des médecins sur la qualité de la prévention

VARIABLES	REPNSES POSSIBLES	JUSTIFICATION
Efficacité perçue des campagnes de prévention sur le cannabis	<ul style="list-style-type: none"> - Très efficace - Peu efficace - Peu contre-productif - Très contre-productif 	Mesure de l'efficacité des campagnes de prévention perçue par le médecin

II.C.2.j. Variables relatives aux modes de formations préférés

VARIABLES	REPOSES POSSIBLES	JUSTIFICATION
intérêt porté par les médecins sur différents dispositifs d'aide et de formation proposés: - Un dépliant résumant les points importants - Une formation présentielle - Un site internet - Un poster d' auto-diagnostique - Un livre dédié à ce thème	- Enthousiaste - Intérêt moyen - Non intéressé	Recherche de solutions adaptées aux besoins exprimés par le médecins

Pour concevoir le questionnaire j'ai profité de l'aide du docteur Gaillard¹, le docteur Foubert², le docteur Jean³, et le docteur Lederer⁴.

L'analyse statistique a été réalisée à partir des données recueillies sur Google Documents, que j'ai restitué dans un fichier xls compatible avec le logiciel Excel, mais que j'ai calculé sur le tableur Libreoffice (v.4.3.2.2).

J'ai reçu l'aide du dr Chirpaz⁵, qui s'est servi du logiciel SATA (v.11) pour procéder a des analyses bi-variées en croisant des variables qualitatives et qui a fait le choix des test du khi² ou test exact de Fischer selon les conditions de validité.

Nous avons choisi $p < 0,05$ comme de seuil de significativité et un intervalle de confiance à 95 % pour nos tests.

Les résultats affichés sur les graphes sont arrondis au pourcentage près afin d'en faciliter la lecture.

1 dr Gaillard Patrick, médecin généraliste, enseignant membre du C.G.E.O.I., secteur Ouest,Réunion

2 dr Foubert Rémi, médecin généraliste, membre CA SAOME, représentant URML-OI, secteur Nord, Réunion

3 dr Jean Sylvain, médecin généraliste, secteur Est, Réunion

4 dr Lederer William, chef de service d' addictologie au GHER, membre AFTCC et CS SAOME, Réunion

5 dr Chirpaz Emmanuel, PH de santé publique au DIM du C.H.U. Félix Guyon, Réunion

III. RÉSULTATS DE L' ENQUÊTE

Le nombre total de médecins ayant reçu le lien du formulaire n' est pas connu.

Nous avons collectés 62 formulaires, dont 1 test et 1 doublon, soit 60 exploitables.

Selon l'INSEE , 784 médecins généralistes libéraux étaient enregistrés au 1er janvier 2013.

Notre étude porte sur 7,65 % des généralistes libéraux installés sur la Réunion .

Les résultats en pourcentage sont affichés arrondis au pourcentage près.

III.A. Caractéristiques de la population étudiée

III.A.1. Sex Ratio

Le questionnaire nous a permis de déterminer le sexe ratio de notre population (Figure 1).

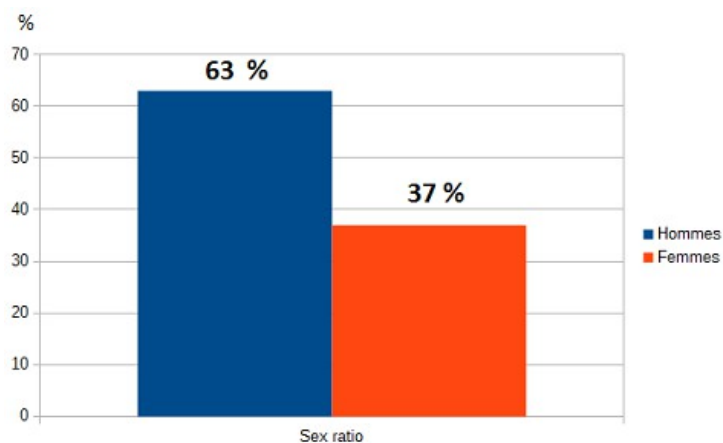


Figure 1: Sex Ratio

La population participante était composée de 38 hommes et 22 femmes.

III.A.2. Ancienneté

Le questionnaire nous a permis de déterminer l'ancienneté de pratique des participants (Figure 2).

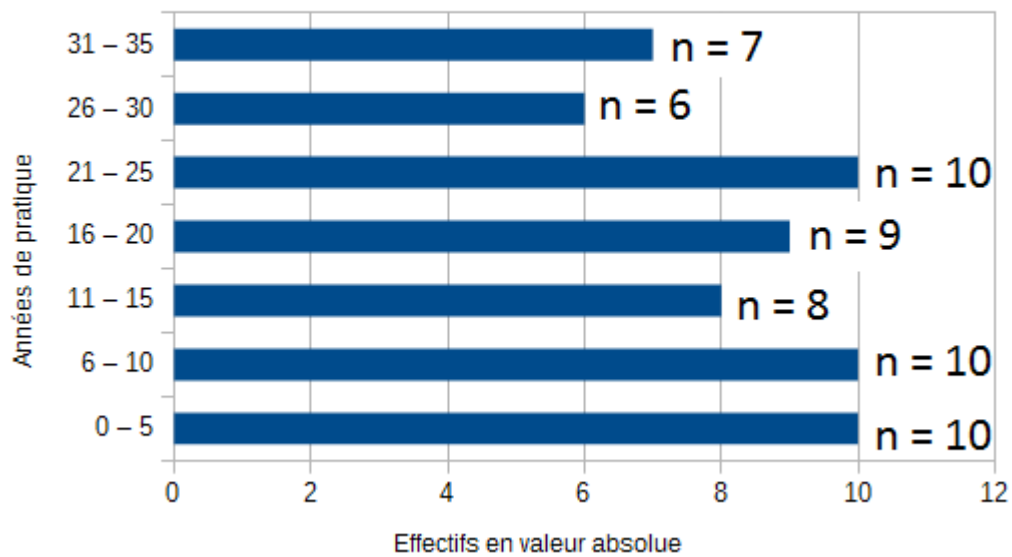


Figure 2: Nombre d'années d'exercice des participants

- L'ancienneté moyenne d'exercice était de 17,2 années.
- 31 médecins avaient exercé de 0 à 19 années, et 29 médecins avaient exercé au moins 20 années.
- L'âge moyen des participants était de 47,4 ans. IC = [44.81 - 50.02].
- L'âge médian des participants était de 50 ans. IC = [46.2 - 52.5].

III.A.3. Lieu d'exercice

Le questionnaire nous a permis de déterminer le lieu d'exercice participants (Figure 3).

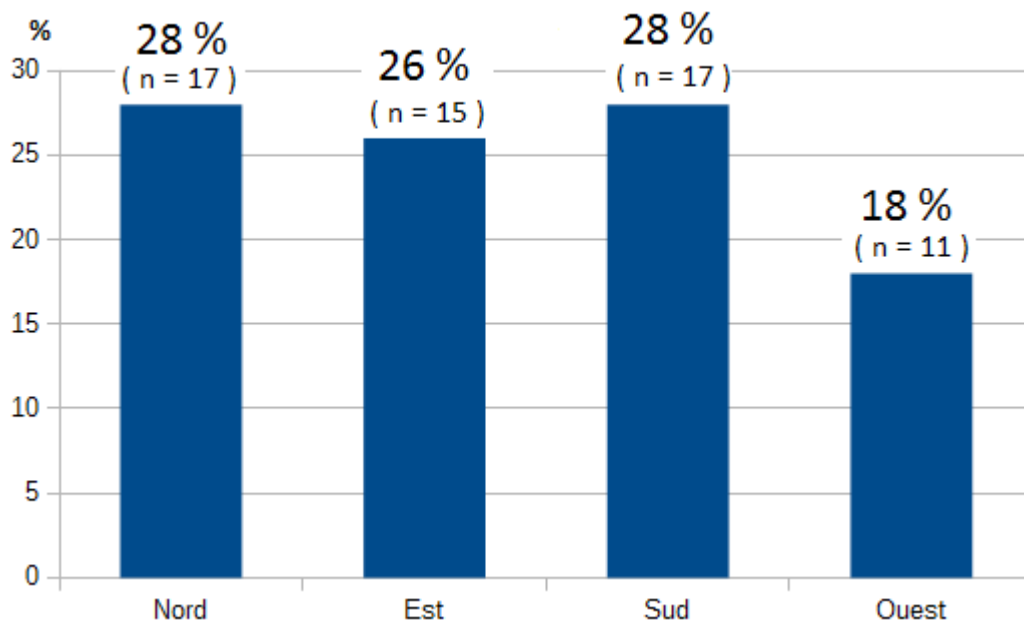


Figure 3: Répartition géographique des participants

17 médecins exerçaient dans le Nord, 15 dans l'Est, 17 dans le Sud et 11 dans l'Ouest.

III.B. Analyse Statistique Univariée Descriptive

Nous avons posé la question aux médecins à quelle fréquence ils recherchaient l'usage de cannabis chez leurs nouveaux patients âgés de 15 à 35 ans.

Nous avons obtenu les résultats suivants (Figure 4).

III.B.1. Les fréquences du repérage

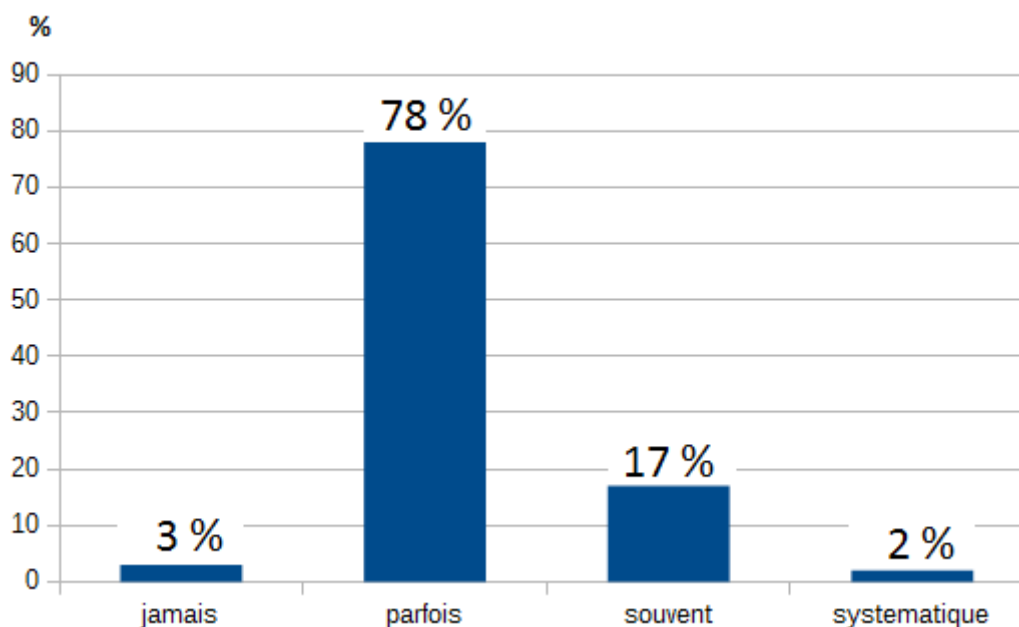


Figure 4: Fréquences de la pratique du repérage de l'usage de cannabis

- 2 médecins ne posaient jamais cette question soit 3 % des participants . IC = [-1.34 - 8.00].
- 47 médecins déclaraient le faire parfois soit 78 % des participants IC = [67.60 - 89.06].
- 10 médecins le faisaient souvent soit 17 % des participants. IC = [6.95 - 26.37].
- 1 médecin le faisait systématiquement soit 2 % des participants. IC = [-1.66 - 5.00].

III.B.2. La difficulté à repérer

Nous avons demandé aux médecins de comparer la difficulté de repérer l'usage de cannabis par rapport à l'alcool.

Nous avons obtenu les résultats suivants (Figure 5).

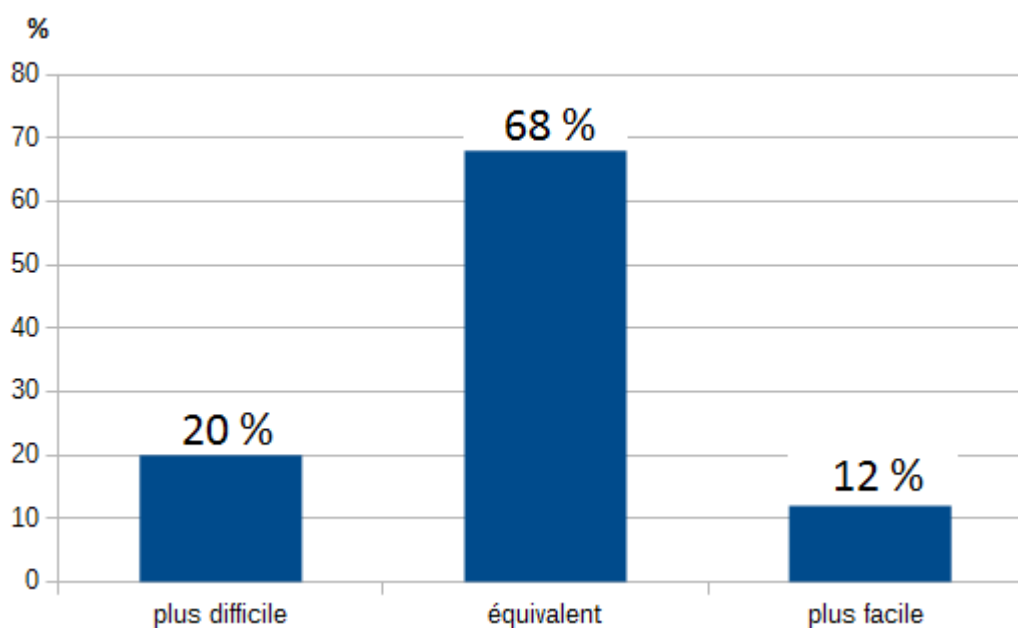


Figure 5: Difficulté ressentie à repérer le cannabis comparée à celle de l'alcool

- 12 médecins trouvaient le repérage du cannabis plus difficile à réaliser que celui de l'alcool soit 20 % des participants. IC = [9.57 - 30.42].
- 41 médecins l'estimaient de difficulté équivalente soit 68 % des participants. IC = [56.21 - 80.45].
- 7 médecins le trouvaient plus facile à pratiquer soit 12 % des participants. IC = [3.30 - 20.02].

III.B.3. Les modalités de l' usage

Nous avons voulu connaître comment les modalités d' usage du cannabis étaient explorées par les médecins.

Nous leur avons posé la question s'ils demandaient à leur patient :

- L'âge de l'entrée dans la consommation du cannabis
- Les circonstances lors de l' usage
- La présence d'un usage solitaire
- La présence d'un usage matinal
- La quantité quotidienne consommée
- La présence d'une poly-consommation
- La présence d'une conduite de véhicule sous emprise

Nous avons obtenu les résultats suivants (Figure 6 à 12).

III.B.3.a. *L' âge du début de consommation*

Concernant la recherche d'une entrée précoce dans la consommation de cannabis (Figure 6) :

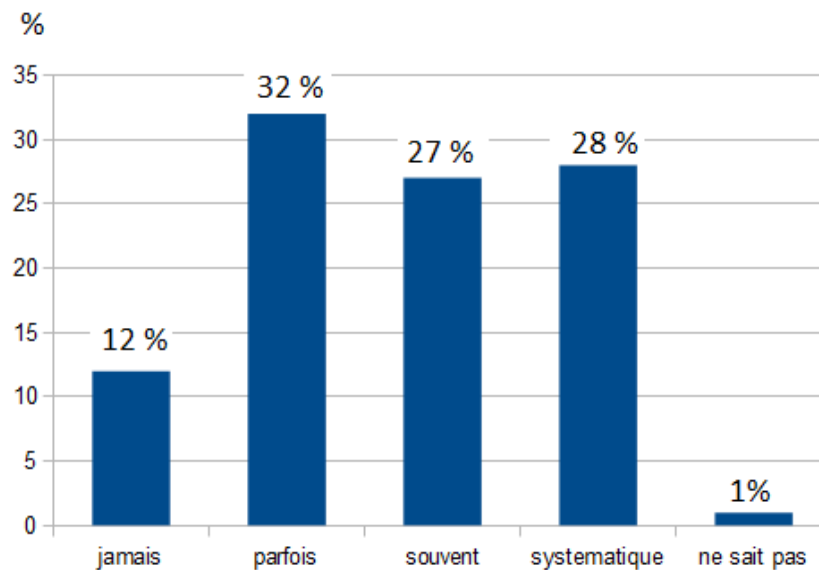


Figure 6: Recherche de l' âge de début de la consommation

- 7 médecins ne la cherchaient jamais soit 12 % des participants. IC = [3.30 - 20.02].
- 19 médecins la cherchaient parfois soit 32 % des participants. IC = [19.54 - 43.78].
- 16 médecins la cherchaient souvent soit 27 % des participants. IC = [15.14 - 38.18].
- 17 médecins la cherchaient systématiquement soit 28 % des participants. IC = [16.59 - 40.07].
- 1 médecin ne savait pas soit 1 % des participants. IC = [-1.66 - 5.00].

III.B.3.b. Les circonstances lors de l'usage

Concernant la recherche des circonstances lors de l'usage de cannabis (Figure 7) :

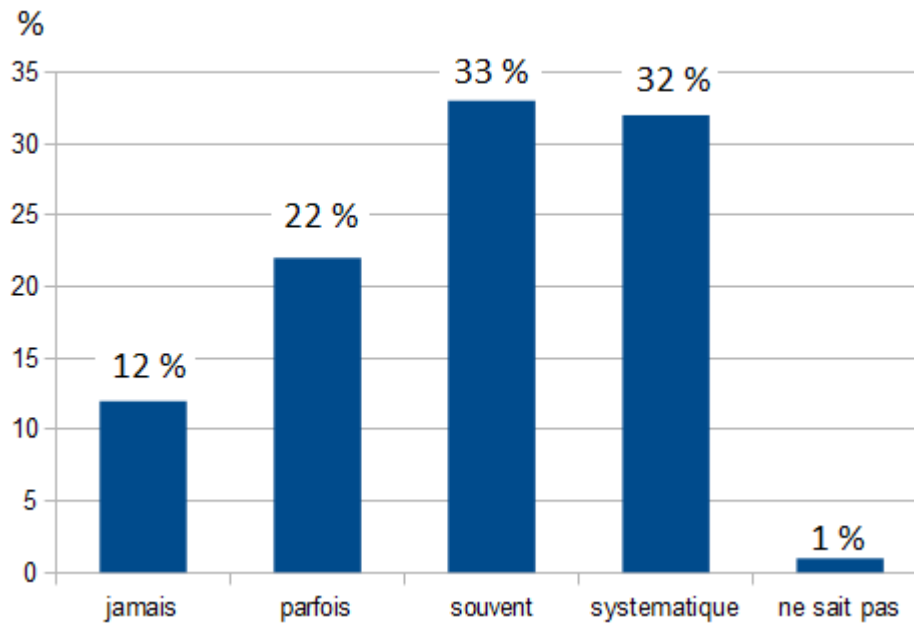


Figure 7: Recherche des circonstances accompagnant l'usage

- 7 médecins ne les cherchaient jamais soit 12% des participants. IC = [3.30 - 20.02].
- 13 médecins les cherchaient parfois soit 22 % des participants. IC = [10.93 - 32.39].
- 20 médecins les cherchaient souvent soit 33 % des participants. IC = [21.05 - 45.61].
- 19 médecins les cherchaient systématiquement soit 32 % des participants. IC = [19.54 - 43.78].
- 1 médecin ne savait pas soit 1 % des participants. IC = [-1.66 - 5.00].

III.B.3.c. L'usage solitaire

Concernant la recherche d'un usage solitaire de cannabis (Figure 8):

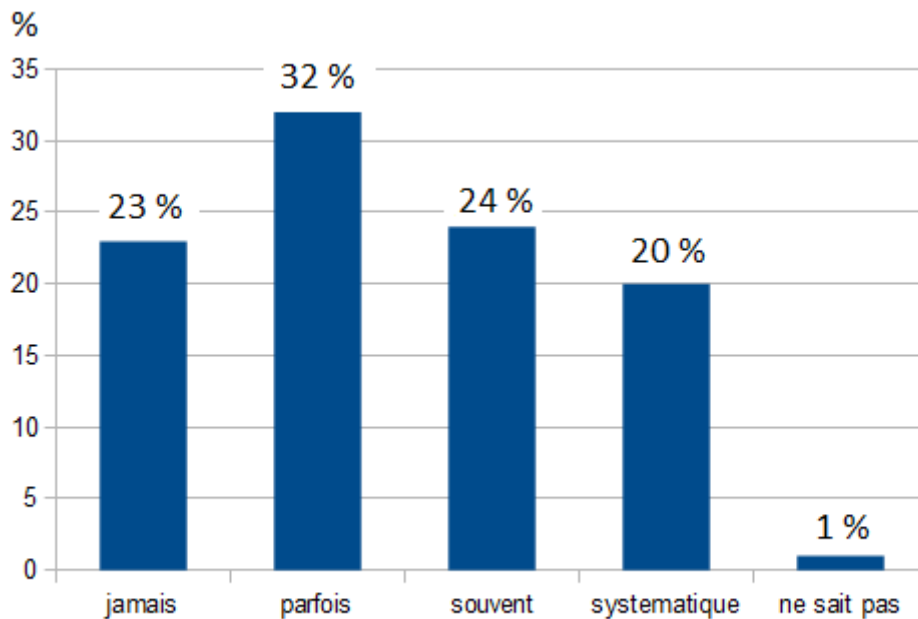


Figure 8: Recherche du caractère solitaire lors de l'usage

- 14 médecins ne le cherchaient jamais soit 23 % des participants. IC = [12.31 - 34.35].
- 19 médecins le cherchaient parfois soit 32 % des participants. IC = [19.54 - 43.78].
- 14 médecins le cherchaient souvent soit 24 % des participants. IC = [12.31 - 34.35].
- 12 médecins le cherchaient systématiquement soit 20 % des participants. IC = [9.57 - 30.42].
- 1 médecin ne savait pas soit 1 % des participants. IC = [-1.66 - 5.00].

III.B.3.d. L'usage matinal

Concernant la recherche d'un usage matinal de cannabis (Figure 9):

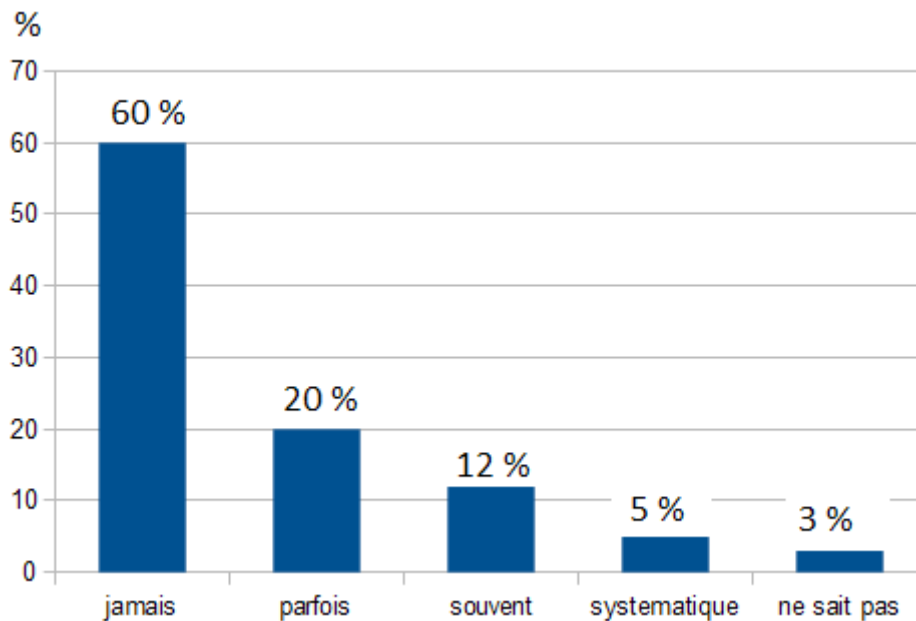


Figure 9: Recherche d'une consommation matinale

- 36 médecins ne le cherchaient jamais soit 60 % des participants. IC = [47.23 - 72.76].
- 12 médecins le cherchaient parfois soit 20 % des participants. IC = [9.57 - 30.42].
- 7 médecins le cherchaient souvent soit 12 % des participants. IC = [3.30 - 20.02].
- 3 médecins le cherchaient systématiquement soit 5 % des participants. IC = [-0.67 - 10.67].
- 2 médecin ne savaient pas soit 3 % des participants. IC = [-1.34 - 8.00].

III.B.3.e. *La quantité quotidienne consommée*

Concernant la recherche de la quantité consommée quotidienne de cannabis (Figure 10):

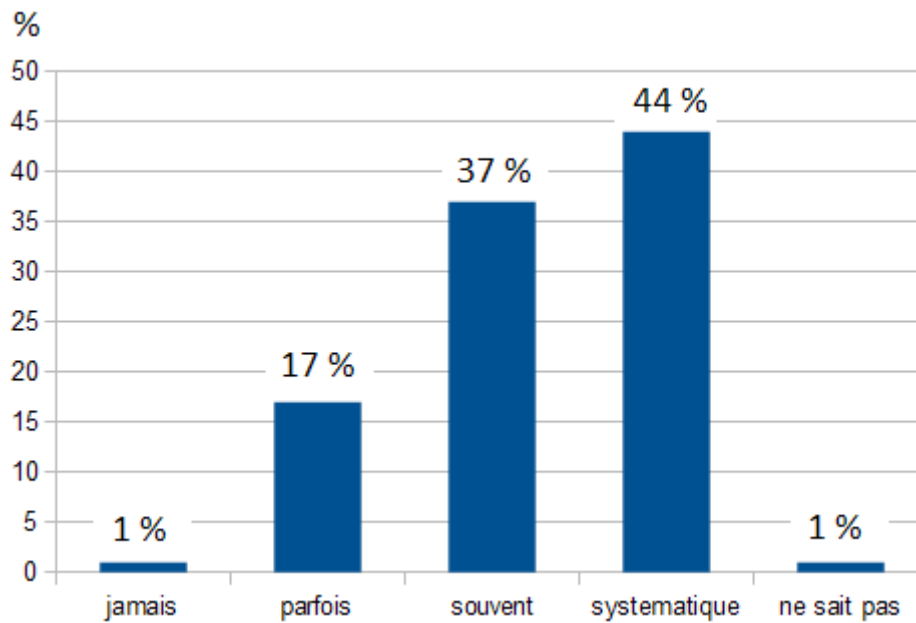


Figure 10: *Évaluation de la quantité quotidienne consommée*

- 1 médecin ne la cherchait jamais soit 1 % des participants. IC = [-1.66 - 5.00].
- 10 médecins la cherchaient parfois soit 17 % des participants. IC = [6.95 - 26.37].
- 22 médecins la cherchaient souvent soit 37 % des participants. IC = [24.11 - 49.22].
- 26 médecins la cherchaient systématiquement soit 44 % des participants. IC = [30.42 - 56.24].
- 1 médecin ne savait pas soit 1 % des participants. IC = [-1.66 - 5.00].

Concernant la recherche d'une poly-consommation de substances (Figure 11):

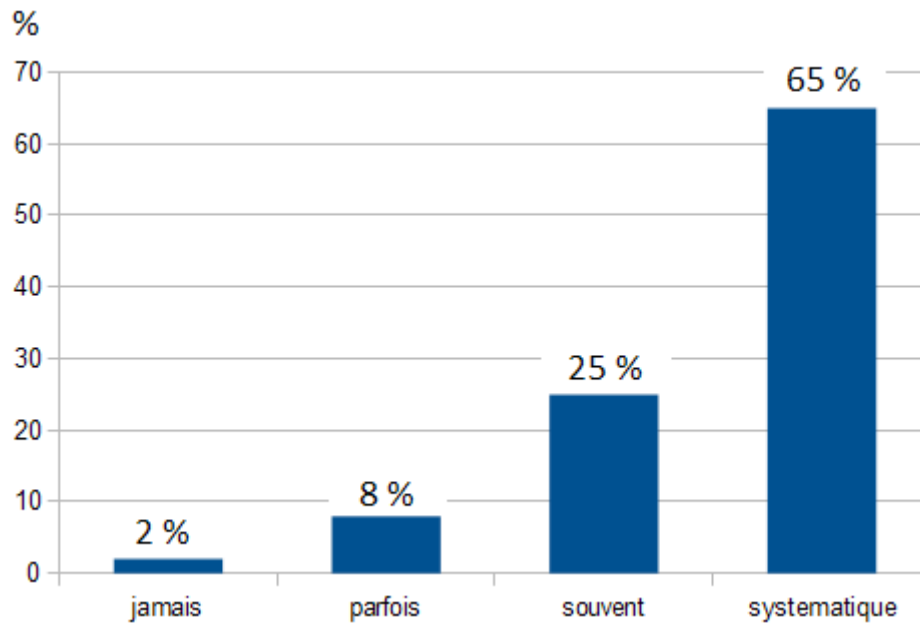


Figure 11: Recherche d'une poly-consommation

- 1 médecin ne la cherchait jamais soit 2 % des participants. IC = [-1.66 - 5.00].
- 5 médecins la cherchaient parfois soit 8 % des participants. IC = [1.13 - 15.53].
- 15 médecins la cherchaient souvent soit 25 % des participants. IC = [13.71 - 36.28].
- 39 médecins la cherchaient systématiquement soit 65 % des participants. IC = [52.57 - 77.42].

III.B.3.g. La conduite de véhicule sous emprise

Concernant la recherche d'une conduite de véhicule sous l'effet de cannabis (Figure 12) :

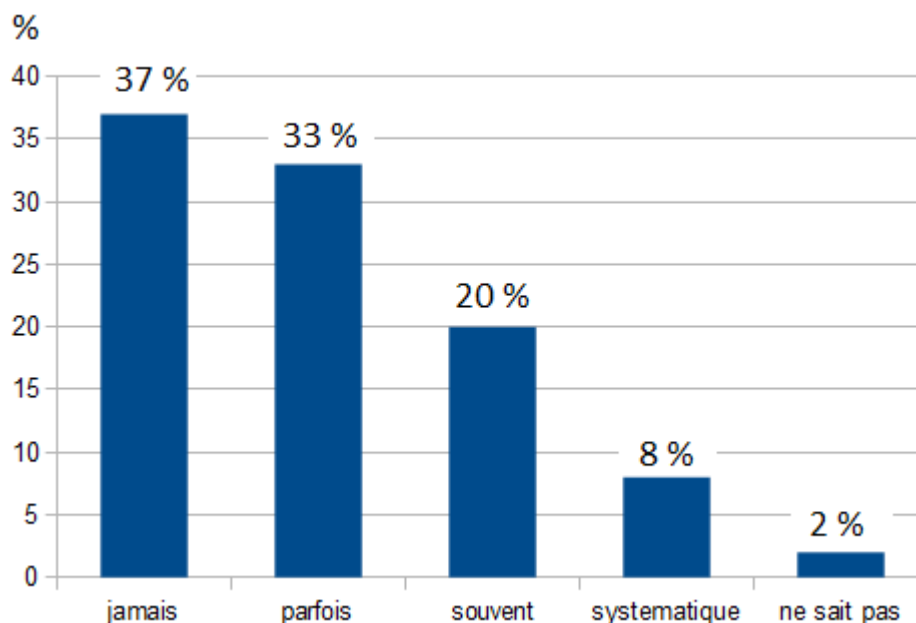


Figure 12: Recherche de la conduite de véhicule sous emprise

- 22 médecins ne la cherchaient jamais soit 37 % des participants. IC = [24.11 - 49.22].
- 20 médecins la cherchaient parfois soit 33 % des participants. IC = [21.05 - 45.61].
- 12 médecins la cherchaient souvent soit 20 % des participants. IC = [9.57 - 30.42].
- 5 médecins la cherchaient systématiquement soit 8 % des participants. IC = [1.13 - 15.53].
- 1 médecin ne savait pas soit 2 % des participants. IC = [-1.66 - 5.00].

III.B.4. Repérage d'une substance substance illégale

Nous nous sommes demandés si la législation actuelle compliquait le repérage du cannabis. Nous avons demandé aux participants si le statut illégal du cannabis rendait son repérage plus difficile. Nous avons obtenu les résultats suivants.

Tableau 1: Le statut illégal du cannabis rend il son repérage plus difficile ?

réponse	taux
oui	43 %
non	55 %
Ne sait pas	2 %

- 26 participants trouvaient que le caractère illégal du cannabis accroît la difficulté de son repérage soit 43 % des participants. IC = [30.42 - 56.24].
- 33 participants trouvaient que le caractère illégal du cannabis n'accroît pas la difficulté de son repérage soit 55 % des participants. IC = [42.03 - 67.96].
- 1 participant n'avait pas d'avis soit 2 % des participants. IC = [-1.66 - 5.00].

III.B.5. Le bilan somatique et psychologique

Nous avons voulu connaître quel bilan somatique et psychologique réalisaient les médecins pour leurs patients usagers de cannabis.

Nous leur avons posé la question s'ils recherchaient les signes suivants :

- une anxiété
- un syndrome dépressif
- un trouble du sommeil
- un trouble du comportement
- un trouble de la mémoire
- un 'manque d' énergie'
- un antécédent d' AVP
- un antécédent de blessures
- des signes de BPCO

Nous avons obtenu les résultats suivants.

Tableau 2: Signes recherchés lors du bilan de l'impact somatique et psychologique de l' usage de cannabis :

Signe	Recherché	IC 95 %
anxiété	67 %	[54.38 - 78.94]
syndrome dépressif	53 %	[40.33 - 66.32]
trouble du sommeil	65 %	[52.57 - 77.42]
trouble du comportement	77 %	[65.64 - 87.68]
trouble de la mémoire	52 %	[38.64 - 64.68]
'manque d' énergie'	48 %	[35.31 - 61.35]
antécédents d' AVP	15 %	[5.69 - 24.30]
antécédents de blessures	7 %	[0.16 - 13.16]
signe de BPCO	13 %	[4.47 - 22.18]

III.B.6. La classification DSM-5

Nous nous sommes demandés si les participants utilisaient la classification DSM-5, nous leur avons posé la question et obtenu les résultats suivants.

Tableau 3: Utilisation de la classification DSM-5

réponse	taux
oui	5 %
non	92 %
Ne sait pas	3 %

- 3 participants utilisaient la classification DSM-5 soit 5 % des participants. IC = [-0.67 - 10.67].
- 55 participants ne l' utilisaient pas soit 92 % des participants. IC =[84.46 – 98.86].
- 2 participants ne savaient pas soit 3 % des participants. IC = [-1.34 - 8.00].

III.B.7. Motifs des usagers intensifs

Nous avons voulu connaître quels motifs les patients rapportaient à leur médecin, dans le cas d' usagers intensifs. La question posée était :

'Quels motifs sont évoqués par les consommateurs lorsqu'un usage vous semble intensif?'.

Nous avons proposé arbitrairement une liste de cinq motifs aux participants :

- un stress identifié
- un trouble chronique de l' humeur ou une anxiété
- une douleur physique
- un mode de vie festif
- une perte de la maîtrise de l' usage

Nous avons obtenu les résultats suivants.

Concernant la recherche d'un stress :

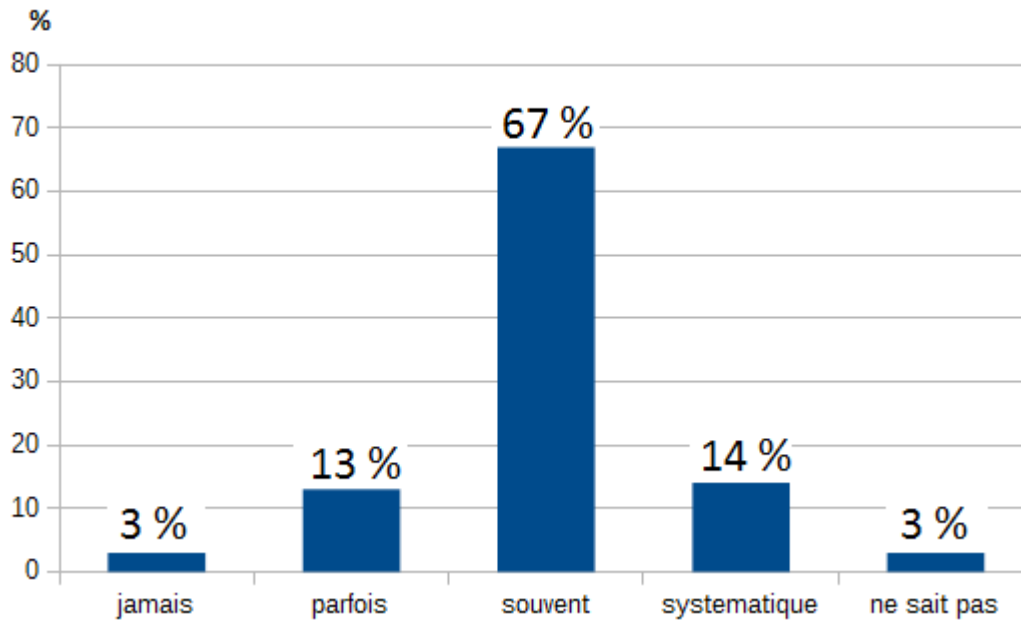


Figure 13: Existence d'un stress identifié comme motif lors d'un usage intensif

- 2 médecins ne le cherchaient jamais soit 3 % des participants. IC = [-1.34 - 8.00].
- 8 médecins le cherchaient parfois soit 13 % des participants. IC = [4.47 - 22.18].
- 40 médecins le cherchaient souvent soit 67 % des participants. IC = [54.38 - 78.94].
- 8 médecins le cherchaient systématiquement soit 14 % des participants. IC = [4.47 - 22.18].
- 2 médecin ne savaient pas soit 3 % des participants. IC = [-1.34 - 8.00].

III.B.7.b. Un trouble chronique de l'humeur ou une anxiété

Concernant la recherche d'un trouble chronique de l'humeur ou une anxiété :

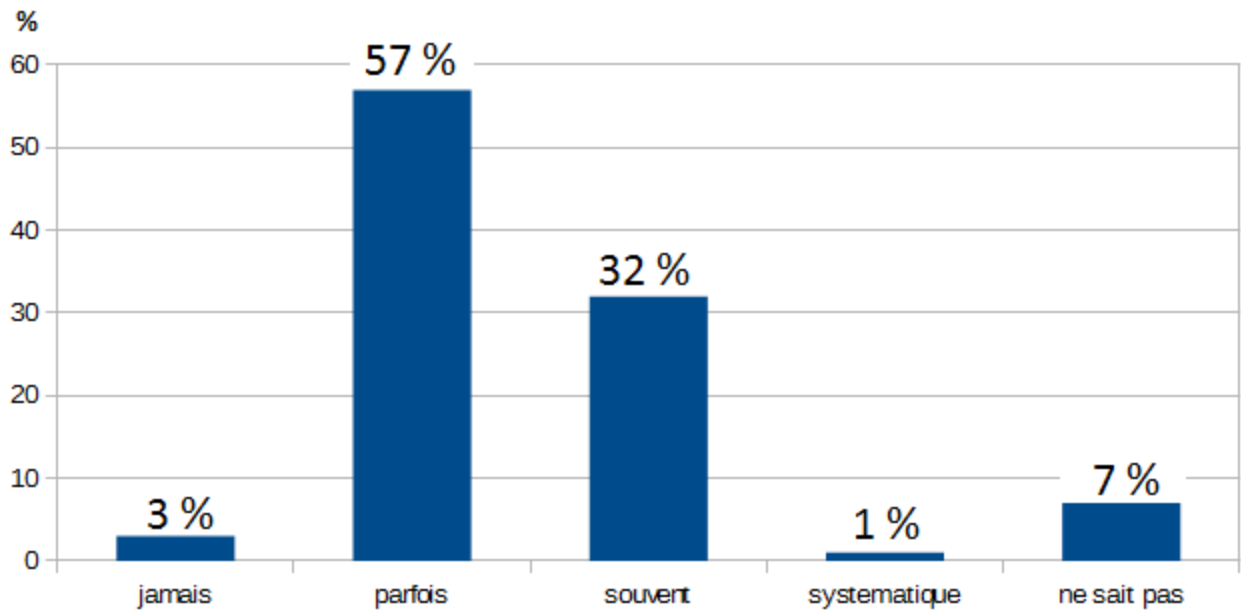


Figure 14: Existence d'un trouble chronique de l'humeur ou anxiété comme motif lors d'un usage intensif

- 2 médecins ne le cherchaient jamais soit 3 % des participants. IC = [-1.34 - 8.00].
- 34 médecins le cherchaient parfois soit 57 % des participants. IC = [43.75 - 69.57].
- 19 médecins le cherchaient souvent soit 32 % des participants. IC = [19.54 - 43.78].
- 1 médecin le cherchaient systématiquement soit 1 % des participants. IC = [-1.66 - 5.00].
- 4 médecins ne savaient pas soit 7 % des participants. IC = [0.16 - 13.16].

III.B.7.c. Une douleur physique

Concernant la recherche d' une douleur physique :

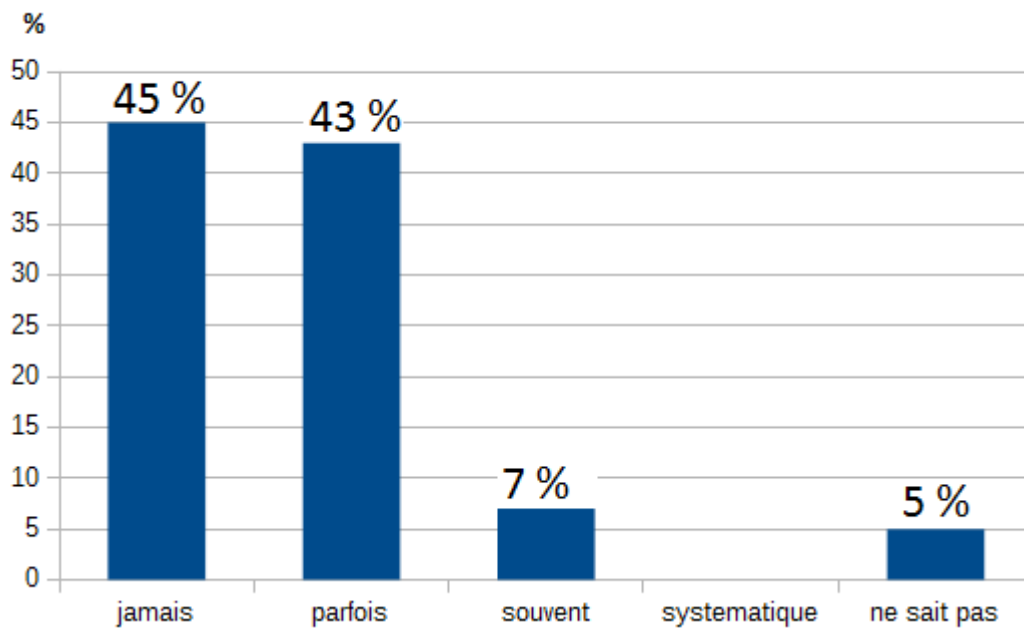


Figure 15: Existence d'une douleur physique comme motif lors d'un usage intensif

- 27 médecins ne la cherchaient jamais soit 45 % des participants. IC = [32.03 - 57.96].
- 26 médecins la cherchaient parfois soit 43 % des participants. IC = [30.42 - 56.24].
- 4 médecins la cherchaient souvent soit 7 % des participants. IC = [0.16 - 13.16].
- 3 médecin ne savaient pas soit 5 % des participants. IC = [-0.67 - 10.67].

III.B.7.d. *Un mode de vie festif*

Concernant la recherche d'un mode de vie festif :

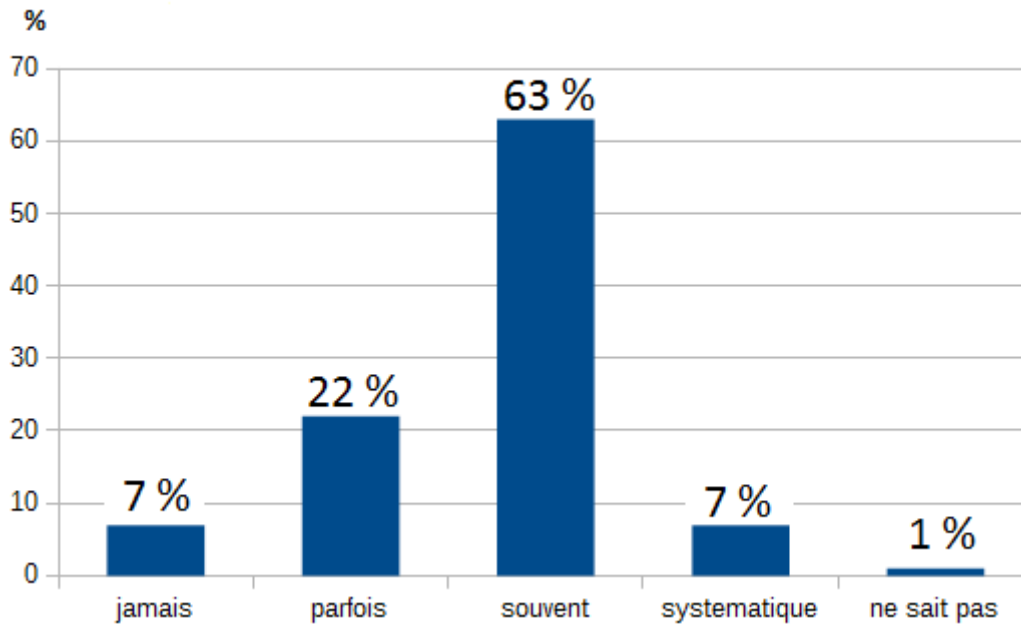


Figure 16: Existence d'un mode de vie festif comme motif lors d'un usage intensif

- 4 médecins ne le cherchaient jamais soit 7 % des participants. IC = [0.16 - 13.16].
- 13 médecins le cherchaient parfois soit 22 % des participants. IC = [10.93 - 32.39].
- 38 médecins le cherchaient souvent soit 63 % des participants. IC = [50.77 - 75.88].
- 4 médecins le cherchaient systématiquement soit 7 % des participants. IC = [0.16 - 13.16].
- 1 médecin ne savait pas soit 1 % des participants. IC = [-1.66 - 5.00].

III.B.7.e. Une perte de maîtrise de l'usage

Concernant la recherche d'une perte de maîtrise de la consommation :

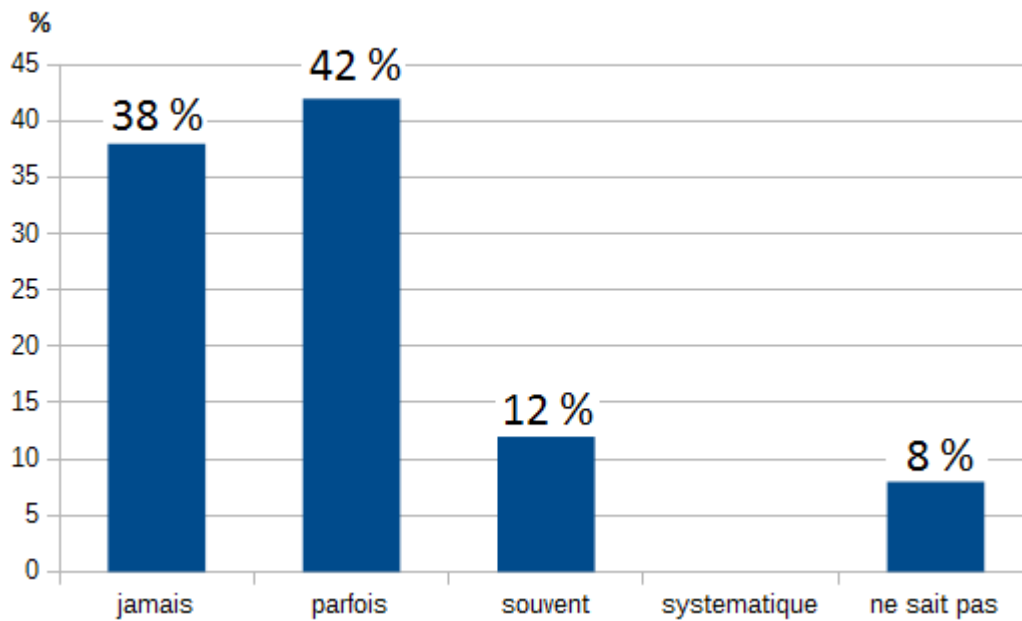


Figure 17: Existence d'une perte de maîtrise de la consommation comme motif lors d'un usage intensif

- 23 médecins ne le cherchaient jamais soit 38 % des participants. IC = [25.66 - 50.99].
- 25 médecins le cherchaient parfois soit 42 % des participants. IC = [28.82 - 54.50].
- 7 médecins le cherchaient souvent soit 12 % des participants. IC = [3.30 - 20.02].
- 5 médecin ne savait pas soit 8 % des participants. IC = [1.13 - 15.53].

III.B.8. Le bilan psycho-social

Nous avons voulu connaître quel bilan psycho-social réalisaient les médecins pour leurs patients usagers de cannabis.

Nous leur avons posé la question s'ils exploreraient les domaines suivants :

- le domaine scolaire ou professionnel
- le domaine sentimental
- les relations parentales
- le domaine financier
- les relations avec l'entourage

Nous avons obtenu les résultats suivants.

Tableau 4: Domaines psycho-sociaux abordés par le médecin lors de la recherche d'impact lié à l'usage de cannabis

Domaine psycho-social	Abordé	IC 95 %
scolaire ou professionnel	90 %	[82.18 - 97.81]
sentimental	50 %	[36.97 - 63.02]
difficultés avec les parents	67 %	[54.38 - 78.94]
financier	25 %	[13.71 - 36.28]
difficultés avec l'entourage	27 %	[15.14 - 38.18]
Au moins un domaine ci-dessus	93 %	[86.83 - 99.83]

III.B.9. La recherche de traumatisme ancien

Nous avons voulu savoir si les médecins recherchaient un traumatisme psychologique ancien pour leurs patients usagers intensifs de cannabis.

Nous leur avons posé la question.

Nous avons obtenu les résultats suivants.

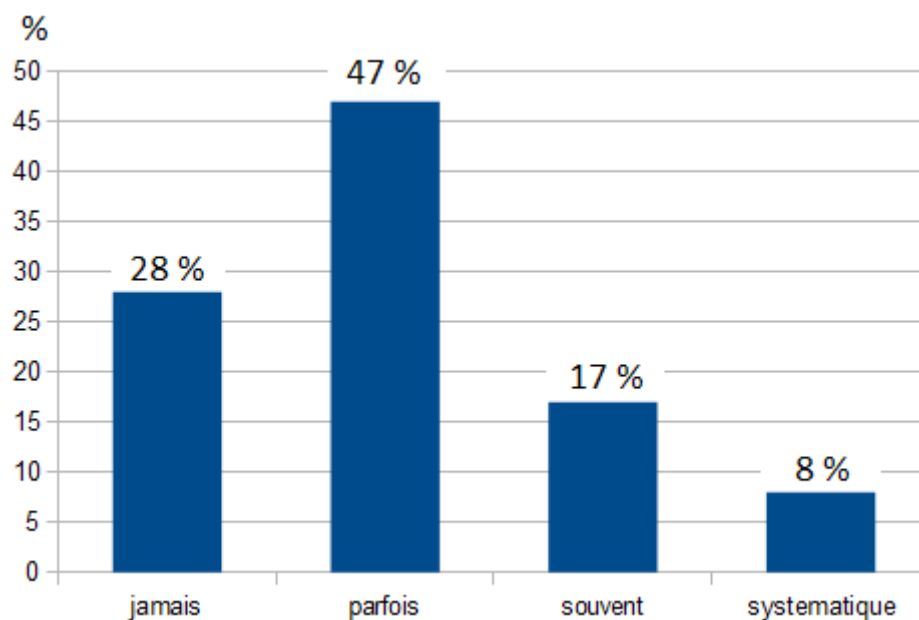


Figure 18: Recherche d'un traumatisme psychologique ancien

- 17 médecins ne le cherchaient jamais soit 28 % des participants. IC = [16.59 - 40.07].
- 28 médecins le cherchaient parfois soit 47 % des participants. IC = [33.67 - 59.66].
- 10 médecins le cherchaient souvent soit 17 % des participants. IC = [6.95 - 26.37].
- 5 médecins le cherchaient systématiquement soit 8 % des participants. IC = [1.13 - 15.53]

III.B.10. L' usage auto-thérapeutique

Nous avons voulu savoir comment les médecins percevaient la visée auto-thérapeutique d'un usage de cannabis quotidien. La question exacte posée aux participants était :

*'Parmi la population consommant **quotidiennement** du cannabis, à combien évaluez vous le taux d'utilisation dans un but "thérapeutique" (anxiolytique, hypnotique, antalgique ...) ?'*

Les réponses possibles étaient 0 à 9 % , 10 à 19 % , 20 à 29 % , 30 % et plus, ne sait pas.

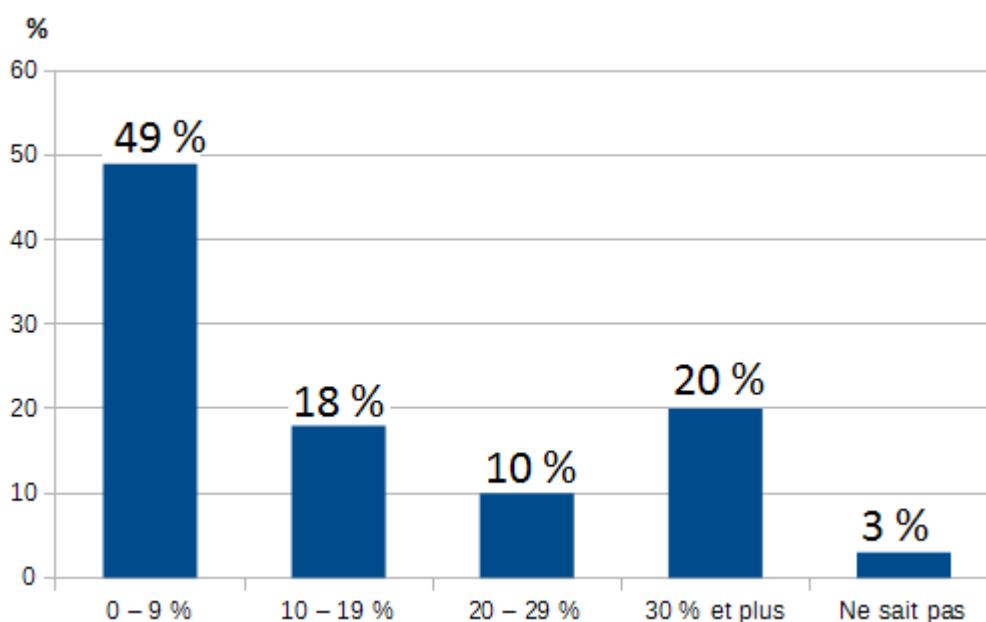


Figure 19: Estimation du taux d'usage auto-thérapeutique du cannabis selon les médecins

- 29 médecins estimaient le taux d'usage auto-thérapeutique du cannabis compris entre 0 et 9 % chez les usagers quotidiens.

Cela correspond à 49 % des participants. IC = [35.31 - 61.35].

- 11 médecins l'estimaient entre 10 et 19 % chez les usagers quotidiens.

Cela correspond à 18 % des participants. IC = [8.25 - 28.41].

- 6 médecins l'estimaient entre 20 et 29 % chez les usagers quotidiens.

Cela correspond à 10 % des participants. IC = [2.18 - 17.81].

- 12 médecins l'estimaient à 30 % et au-delà, chez les usagers quotidiens.

Cela correspond à 20 % des participants. IC = [9.57 - 30.42].

- 2 médecins n'avaient pas d'avis.

Cela correspond à 3 % des participants. IC = [-1.34 - 8.00].

III.B.11. Le réseau de soin

Nous avons voulu connaître avec quels acteurs de la santé les participants collaboraient pour accompagner les usagers intensifs.

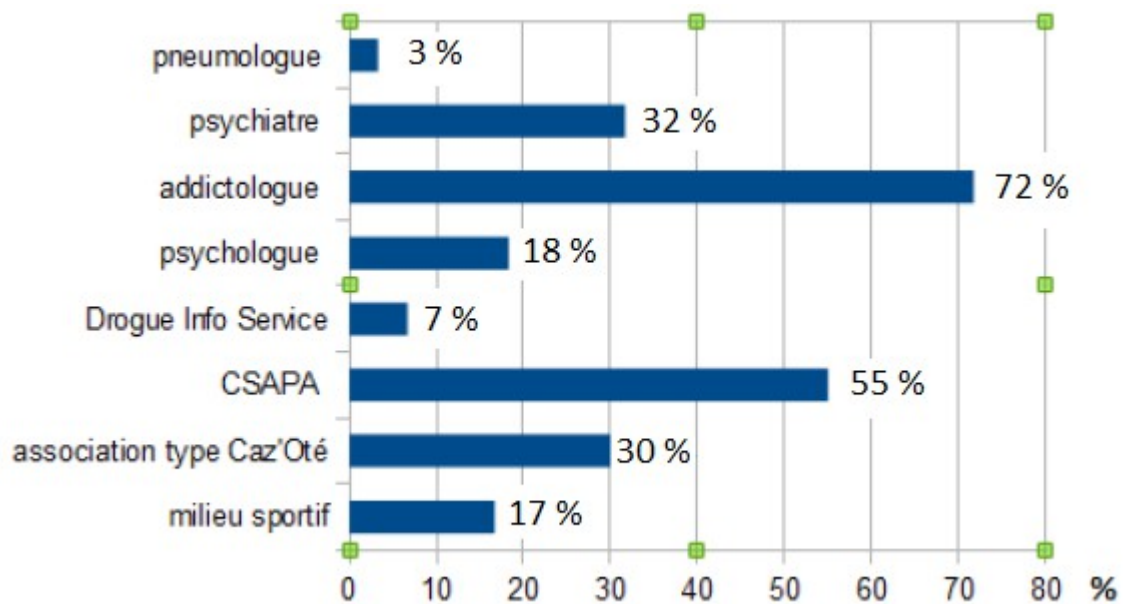


Figure 20: Utilisation du réseau de soin dans le cas d'un patient dont l'usage paraît intensif

- 2 médecins collaboraient avec le pneumologue soit 3 % des participants. IC = [-1.34 - 8.00].
- 19 médecins collaboraient avec le psychiatre soit 32 % des participants. IC = [19.54 - 43.78].
- 43 médecins collaboraient avec l' addictologue soit 72 % des participants. IC = [59.92 - 83.40].
- 11 médecins collaboraient avec le psychologue soit 18 % des participants. IC = [8.25 - 28.41].
- 4 médecins collaboraient avec Drogue Info Service soit 7 % des participants. IC = [0.16-13.16].
- 33 médecins collaboraient avec un CSAPA soit 55 % des participants . IC = [42.03 - 67.96].
- 18 médecins collaboraient avec une association soit 30 % des participants. IC = [18.06 - 41.93].
- 10 médecins collaboraient avec le milieu sportif soit 17 % des participants. IC = [6.95 - 26.37].

III.B.12. L'exploration respiratoire

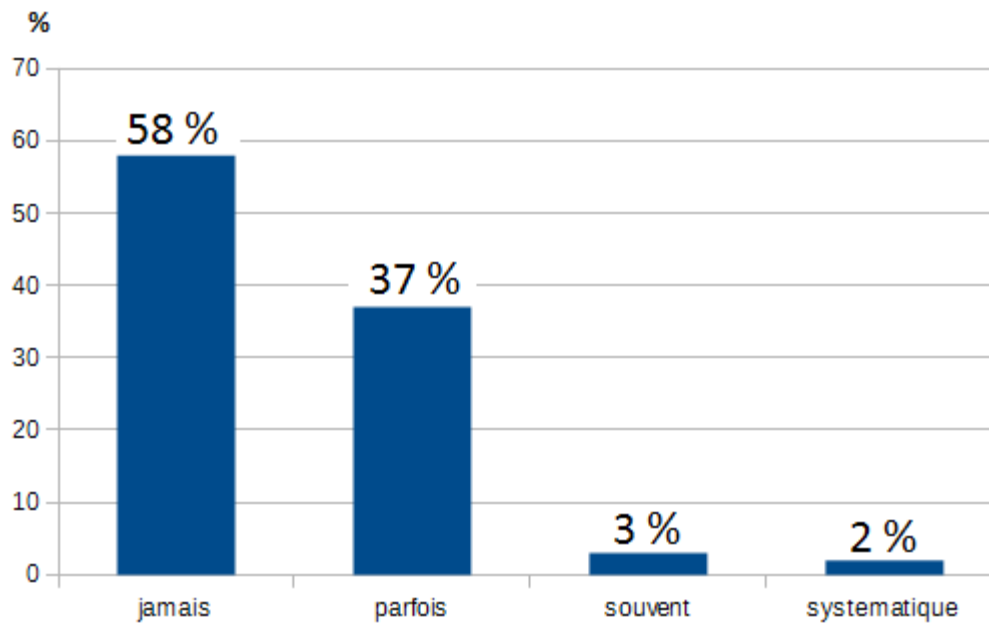


Figure 21: Pratique de l'exploration respiratoire (peak flow, spirométrie miniature, ou EFR)

- 35 médecins ne pratiquaient jamais d'exploration respiratoire soit 58 % des participants.
IC = [45.49 - 71.17].
- 22 médecins pratiquaient parfois une exploration respiratoire soit 37 % des participants.
IC = [24.11 - 49.22].
- 2 médecins pratiquaient souvent une exploration respiratoire soit 3 % des participants.
IC = [-1.34 - 8.00].
- 1 médecin pratiquait systématiquement une exploration respiratoire soit 2 % des participants.
IC = [-1.66 - 5.00].

III.B.13. La communication de prévention

Nous avons voulu connaître l'opinion des participants au sujet de l'efficacité des campagnes de prévention contre le cannabis sur l'île. L'intitulé exact était :

'Que pensez vous de l'efficacité des messages de préventions actuels ?

exemple sur une brochure du Conseil Général : (" SoS Zamal , Té Touch Pa Sa ! Zamal Zamé ! ")'

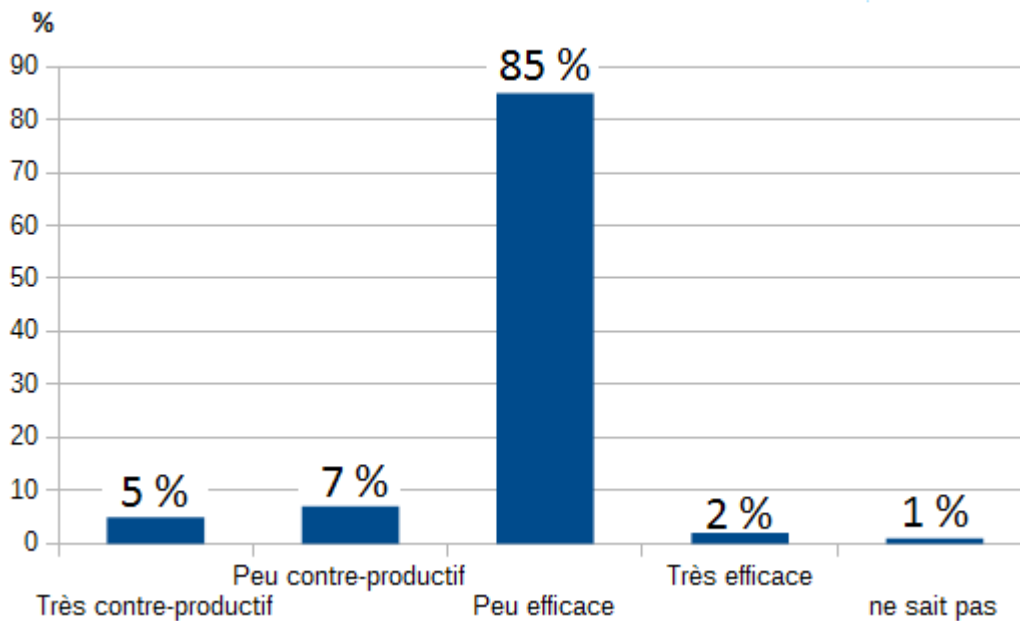


Figure 22: Opinion des médecins sur l'efficacité des messages de prévention

- 3 médecins jugeaient la prévention très contre-productive soit 5 % des participants.
IC = [-0.67 - 10.67].
- 4 médecins jugeaient la prévention peu contre-productive soit 7 % des participants.
IC = [0.16 - 13.16].
- 51 médecins jugeaient la prévention peu efficace soit 85 % des participants.
IC = [75.69 - 94.30].
- 1 médecin jugeait la prévention très efficace soit 2 % des participants.
IC = [-1.66 - 5.00].
- 1 médecin ne savait pas soit 1 % des participants.
IC = [-1.66 - 5.00].

III.B.14. Intérêt exprimé pour une formation

Nous voulions connaître les moyens d'aider les participants dans le diagnostic et la prise en charge des usagers à risques du cannabis. Les cinq dispositifs suivants étaient proposés avec la possibilité de répondre 'enthousiaste', 'intérêt moyen' ou 'non intéressé'. Nous rapportons les taux 'enthousiaste' ci-dessous.

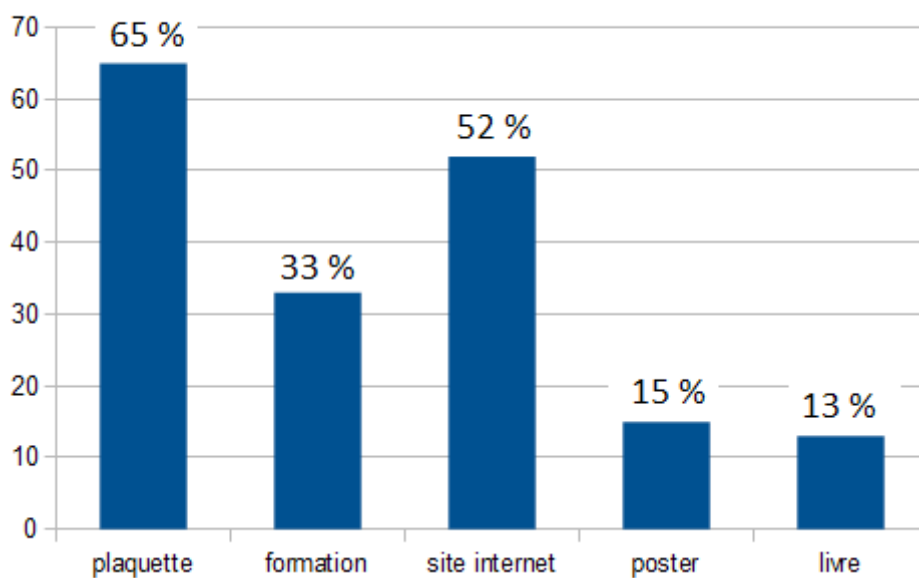


Figure 23: Taux de réponses 'enthousiaste' en fonction du dispositif d'aide proposé

- 39 médecins enthousiastes pour une plaquette soit 65 % des participants. IC = [52.57 - 77.42].
- 20 médecins enthousiastes pour une formation soit 33 % des participants. IC = [21.05 - 45.61].
- 31 médecins enthousiastes pour un site internet soit 52 % des participants. IC = [38.64 - 64.68].
- 9 médecins enthousiastes pour soit 15 % des participants. IC = [5.69 - 24.30].
- 8 médecins enthousiastes pour soit 13 % des participants. IC = [4.47 - 22.18].

III.C. Analyse comparative

Nous avons cherché l' influence des déterminants des participants sur leur repérage et prise en charge des usagers de cannabis.

Nous avons trouvé des corrélations significatives que nous reportons intégralement ci-dessous. Ces éléments peuvent être utiles dans le cadre d' élaboration de formations.

Nous avons recherché une influence des déterminants du médecin sur l' exploration des modalités de consommation.

Recherche d'un usage précoce	Médecins ayant moins de 20 ans d'expérience	Médecins ayant 20 ans d'ancienneté ou plus
Jamais ou parfois	60 %	28 %
Souvent ou systématique	40 %	72 %

$p = 0,012$

Les médecins ayant 20 ans d'expérience ou plus, recherchaient d'avantage l'existence d' un début précoce de l' usage de cannabis.

Nous avons recherché une influence des déterminants du médecin sur la recherche d'impact psychosomatique lié au cannabis.

Concernant la recherche de trouble du sommeil :

Recherche de trouble du sommeil	Non	Oui
hommes	24 %	76 %
femmes	55 %	45 %

$p = 0,016$

Les médecins femmes recherchaient moins l'existence d' un trouble du sommeil chez les usagers de cannabis.

Concernant la recherche de trouble de la mémoire :

Recherche de trouble de la mémoire	Non	Oui
hommes	34 %	66 %
femmes	73 %	27 %

$p = 0,004$

Les médecins femmes recherchaient moins l'existence d' un trouble de la mémoire chez les usagers de cannabis.

Concernant la recherche d'un syndrome amotivationnel :

Recherche d'un syndrome amotivationnel	Non	Oui
hommes	42 %	58 %
femmes	68 %	32 %

$p = 0,051$ que nous considérons significatif (seuil limite prédéfini à 0,05).

Les médecins femmes recherchaient moins l'existence d' un syndrome amotivationnel chez les usagers de cannabis.

Nous avons recherché une influence des déterminants du médecin sur les motifs exprimés par les patients devant un usage intensif.

Concernant la perte de la maîtrise de l' usage :

En fonction du sexe des participants :

Rapport d'une perte maîtrise	Jamais ou parfois	souvent
hommes	80 %	20 %
femmes	100 %	0 %

$p = 0.033$

Les médecins femmes rapportaient moins l' existence d' une perte de la maîtrise de l' usage chez les consommateurs intensifs.

Nous avons recherché une influence des déterminants du médecin sur la recherche de répercussion sociale de l'usage de cannabis.

Concernant la relation avec les parents :

Recherche de la relation avec les parents	Non	Oui
Médecins ayant moins de 20 ans d'ancienneté	45 %	55 %
Médecins ayant 20 ans d'ancienneté ou plus	21 %	79 %

$p = 0,044$

Les médecins ayant 20 ans d'expérience ou plus, recherchaient d'avantage la qualité de la relation avec leurs parents des usagers de cannabis.

Nous avons recherché une influence des déterminants du médecin sur la collaboration avec le réseau de soin pour leurs patients usagers intensifs de cannabis.

Concernant l'incitation à rejoindre une équipe sportive :

Incitation à rejoindre une équipe sportive	Non	Oui
hommes	74 %	26 %
femmes	100 %	0 %

$p = 0.006$

Les médecins femmes incitaient moins leurs patients usagers intensifs à rejoindre une équipe sportive.

Concernant l'orientation vers le psychologue :

Orientation vers le psychologue	Non	Oui
Médecins moins de 20 ans d'ancienneté	94 %	6 %
Médecins ayant 20 ans d'ancienneté ou plus	69 %	31 %

$p = 0,014$

Les médecins ayant 20 ans d'ancienneté ou plus orientaient plus leurs patients usagers intensifs vers un psychologue.

Nous avons recherché une influence des déterminants des participants sur leur opinion au sujet des campagnes de prévention sur le cannabis.

Nous avons trouvé la corrélation suivante :

Opinion de l'efficacité des campagnes de prévention	Très contre-productif ou peu contre-productif	Peu efficace ou très efficace
hommes	18 %	82 %
femmes	0 %	100 %

$p = 0.037$

Les hommes étaient plus critique sur l'efficacité des campagnes de prévention sur le cannabis.

Nous avons recherché une influence des déterminants des participants sur leur collaboration vers d'autres acteurs du réseau de soin.

Nous avons trouvé les corrélations suivantes :

Secteur du participant	Avec le psychologue	Sans le psychologue
Nord + Est	31 %	69 %
Sud	6 %	94 %
Ouest	0 %	100 %

$p = 0.026$

Secteur du participant	Avec l'addictologue	Sans l'addictologue
Nord	82 %	18 %
Est	87 %	13 %
Sud	76 %	24 %
Ouest	27 %	73 %

$p = 0.007$

A la question «En présence d'une consommation qui vous paraît intensive, vers quel(s) intervenant(s) vous orientez vous habituellement ? », les participants avaient la possibilité de cocher ou non la case « personne, je le prend en charge au cabinet».

Nous avons trouvé les corrélations suivantes :

Secteur du participant	coché	Non coché
Nord	0 %	100 %
Est	7 %	93 %
Sud	24 %	76 %
Ouest	55 %	45 %

$p = 0.001$

IV. DISCUSSION

IV.A. Résultat principal et ses implications

Près d'un participant sur cinq pratiquait «souvent» ou «systématiquement» le repérage de cannabis chez leurs patients âgés de 15 à 35 ans , et environ les trois quarts le faisaient « parfois ».

Ce repérage de consommation de cannabis était un peu plus dur à réaliser comparé à l' alcool pour un participant sur cinq.

Une des raisons qui puisse expliquer ce résultat proviendrait d'une formation insuffisante des médecins à rechercher ce type de consommation au cours des entretiens.

Il se pourrait également que cette difficulté à repérer le cannabis provienne du caractère illégal de cette substance.

Nous avons relevé des signes prédictifs d' usage à risque, oubliés par les participants tels que l' âge de début de la consommation, ses circonstances , son caractère solitaire ou matinal...

Nous avons déterminé les prévalences de collaboration avec les acteurs du réseau de soin.

La prévention actuelle a été critiquée par neuf participants sur dix.

Les participants se montraient favorables aux dispositifs d'aide et de formation sur le cannabis.

Nous avons identifié des déterminants chez les médecins influençant leur pratique.

Nous avons trouvé sept axes pour appréhender le rôle du médecin généraliste autour du cannabis :

- **Comment le médecin traitant se situe face au cannabis ?**
- **Quels facteurs d' influence recherche-t-il ?**
- **Quelles complications recherche-t-il ?**
- **Quels soins procure-t-il ?**
- **Quels acteurs fait il intervenir ?**
- **Que pense-t-il de la prévention ?**
- **Quels besoins de formation exprime-t-il ?**

IV.B. Forces et faiblesses de notre étude :

IV.B.1. Les forces

- Il s'agit à notre connaissance , de la première étude de ce type sur la Réunion .
- Le questionnaire était électronique et a été rempli de façon anonyme, ce qui représente un grand avantage comparativement à un entretien.
- il n'y a pas de biais d'échantillonnage, toute la population répondant aux critères d'inclusions et d'exclusion a été analysée.
- Un seul médecin enquêteur , moi-même, ce qui apporte une approche uniforme .
- L' enquête éclaire différentes facettes complémentaires pour aborder ce sujet.
- Le travail d'analyse statistique du docteur Chirpaz apporte des preuves sur l'influence significative des déterminants du médecin dans sa pratique face aux usagers de cannabis.

IV.B.2. Les faiblesses

- La taille de la population étudiée qui compte 7,65 % des médecins généraliste libéraux inscrits à l'ordre au 1^{er} janvier 2013. Selon l'Ordre des Médecins [49] la moyenne d' âge des généralistes en activité était de 50 ans, composée à 16% de moins de 40 ans , 20% de plus de 60 ans , et à 35% de femmes. Selon l' étude Statis [50] il y avait 784 médecins généralistes libéraux inscrits au 1er janvier 2013. Nous avons pris le 1^{er} janvier 2014 pour calculer l' âge des participants.

	CDOM	Notre étude
Moins de 40 ans	16 %	25 % (n = 15)
Plus de 60 ans	20 %	10 % (n = 6)
Moyenne d' âge	50 ans	47,4 ans
Femmes	35 %	37 % (n = 22)

- il existe un biais évident : le fait d'accepter de donner un email implique d'avoir un minimum de connaissances technologiques et de disposer d'un accès internet . Il s' agit probablement des médecins les plus âgés . Notre population est légèrement plus jeune que la moyenne actuellement en activité.

- les médecins hostiles à la prise en charge des usagers de substances ont pu être démotivés.
- les médecins sensibilisés à cette thématique particulière peuvent être sur-représentés.
- Notre enquête n'appréhende pas le style de l'entretien .
- La demande de date de naissance et d'initiale a pu être perçue comme une menace à l'anonymat.
- Il s'agit d'une étude déclarative ce qui a peu de valeur significative.
- Les biais de mémorisation des participants.
- Les biais de déclaration sur un formulaire où il suffit de cocher des cases.
- L'absence de sollicitation le Lundi constitue un biais de recrutement.

IV.C. Axes de réflexion

IV.C.1. Le médecin face au produit

IV.C.1.a. Un intérêt naissant chez les généralistes ?

Mon hypothèse initiale était que les médecins se sentent mal à l'aise pour aborder avec leurs patients l'usage de cannabis. Je pensais donc que le taux de repérage allait être faible.

Notre enquête montre que le repérage de l'usage de cannabis, est peu réalisé : jamais ou parfois dans 82 % des cas .

Bien que chaque psychotrope ait ses propres risques spécifiques, il existe une conduite addictive qui amène l'utilisateur à en consommer [51, 52, 53, 54, 55]. Nous pensons que c'est cette conduite addictive qui devrait être au premier plan. Chaque patient devrait bénéficier d'une prise en charge adaptée quelque soit la substance consommée.

Une étude française [56] qui s'appuie sur l'enquête téléphonique « Baromètre santé Médecins Généralistes » a décrit les pratiques des généralistes libéraux en matière de prévention.

Deux tiers des médecins généralistes déclaraient aborder la question de la consommation de tabac au moins une fois avec chaque patient, ils étaient 23 % à le faire pour l'alcool, et seulement 8 % pour le cannabis.

Un tiers des médecins déclaraient utiliser en consultation des questionnaires d'aide au repérage de la dépendance tabagique, alors qu'ils n'étaient que 6 % en 2003.

Seuls 13 % des médecins avaient recours à des questionnaires standardisés pour repérer les consommations problématiques d'alcool.

L'utilisation de questionnaires de repérage des consommations de cannabis ne concernait que 2 % des généralistes. La prise en charge des usagers de cannabis apparaît particulièrement liée à la propension du médecin à aborder cette question sans attendre une demande du patient.

Nous avons voulu confronter nos résultats avec des études nationales.

Nous avons trouvé deux travaux de thèses réalisés en métropole.

Les méthodes, les territoires, les périodes diffèrent mais les préoccupations étaient similaires.

Pageaud [57] a réalisé en 2003, une étude transversale descriptive de la prise en charge d'usagers problématiques de cannabis, par les médecins généralistes du Morbihan.

Il a obtenu un échantillon de 51 participants.

Ces médecins furent interviewés entre janvier et février 2003 à l'aide d'un questionnaire sur une période de 15 à 20 minutes. L'enquêteur était présent lors du remplissage du questionnaire.

Malgré le manque de donnée sur la représentativité de cet échantillon, on retient les chiffres suivants (illustration 19) :

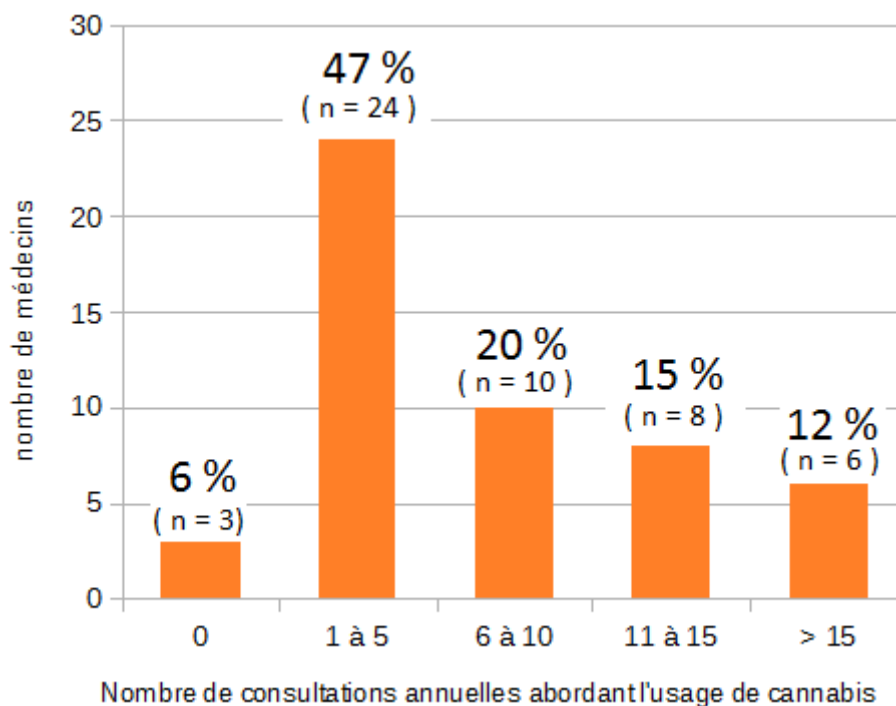


Illustration 19: Fréquences annuelles de consultations abordant l'usage de cannabis dans l'échantillon de Pageaud en 2003

Nous constatons que le cannabis était peu souvent abordé par les participants.

Nous pensons qu'une approche globale des conduites addictives, s'inspirant d'outils de repérages validés tel que le CAST [58], permettrait d'uniformiser la qualité des soins proposés aux usagers.

Les modalités d'usages sont associées aux risques de complications, ces éléments sont rarement recherchés. L'âge de début [59, 60, 61, 62] est un élément critique à rechercher impérativement.

Il est corrélé au risque de schizophrénie. D'où l'hypothèse que le cannabis participe à favoriser la survenue de schizophrénie, en fonction des fragilités génétiques des individus face à un environnement particulier. Un lien de causalité a été recherché, le cannabis peut être interprété comme agent stressant [63]. Cependant, seule une minorité de consommateurs développent une schizophrénie et une schizophrénie peut apparaître sans cannabis.

Surtout, on ne connaît pas le facteur qui a poussé les sujets consommateurs dans ces études à consommer. Or, il est possible que ce facteur soit également un stress.

Une étude menée par Harley [64] portant sur 723 adolescents montra que l'existence d'un traumatisme dans l'enfance peut au moins en partie expliquer l'association consommation de cannabis et troubles psychiatriques.

Dans notre enquête, ce risque de schizophrénie semblait être pris en compte puisque la présence de troubles du comportement est recherché par trois quarts des participants : c'est le signe le plus recherché dans notre enquête.

La perception de ce danger semble éclipser un autre danger : les accidents de la voie publique.

En 1972, la France perdait 18.000 personnes sur ses routes [65], comparés aux 3.268 en 2013 notamment grâce aux évolutions technologiques et surtout changements de comportements.

Les contrôles réalisés en 2012 montraient que 14,5% des décès survenaient dans des accidents impliquant un conducteur consommateur de stupéfiant.

Les jeunes de 18 à 24 ans forment une catégorie à risque [66, 67] pour les accidents de la route : en 2013, alors qu'ils constituaient 9% de la population, ils représentaient 19,5% des tués et 32,3% des blessés hospitalisés.

De même, les risques à long terme de pneumopathie et de cancer [68, 69, 70, 71, 72, 73] semblent oubliés, ainsi que les risques cardiovasculaires suspectés [74, 75, 76, 77].

L'accueil favorable des propositions de formation dans notre enquête pourrait être un argument supplémentaire de méconnaissance du produit.

Un sous repérage pourrait avoir comme conséquence une prise en charge au stade de complication.

IV.C.1.b. Une maladie ou un mode de vie ?

Nous avons souvent retrouvé un « mode de vie festif » comme explication d'un usage intensif.

L'OFDT établit six profils d'usagers de cannabis :

- abstinent : n'a jamais consommé de cannabis au cours de sa vie
- expérimentateur : au moins un usage au cours de la vie, mais aucun dans l'année
- usage occasionnel : entre 1 et 9 usages au cours des douze derniers mois
- usage répété : au moins 10 usages dans l'année, mais moins de 10 dans le mois
- usage régulier : entre 10 et 29 usages au cours des trente derniers jours
- usage quotidien : usage quotidien au cours des trente derniers jours.

Une visée festive lors d'un usage quotidien et chronique semble antinomique.

Le motif « perte de maîtrise de l'usage » était évalué à « jamais » pour 38 % des participants et « parfois » pour 42 % des participants soit 80 % cumulés. Ces valeurs nous étonnent, même en supposant que seulement 10 % des usagers développent une « dépendance » [27, 78, 79] étant donné que cette question filtre justement les « usages intensifs ».

IV.C.1.c. Les conduites addictives : une pathologie très polymorphe

Nous suspectons l'existence d'une tendance chez les usagers, à rechercher dans le cannabis un réconfort. Cette consommation pourrait, malgré ses spécificités, être une variante d'un phénomène beaucoup plus profond : la recherche de sensations.

Ce comportement peut s'exprimer sous la forme de pratique de sports extrêmes [80].

Concernant les jeux vidéo, une étude [81] Réunionnaise en 2010 portant sur 1119 étudiants, a montré que 8 % des étudiants avaient un usage problématique des jeux vidéo, soit 18 % des joueurs, avec une prévalence 5 fois supérieure chez les garçons.

Plus d'un quart des étudiants rapportaient jouer plus quand ils ne se sentaient pas bien.

Les analyses de régression logistique ont mis en évidence des événements de vie traumatique corrélés aux mésusages d'internet et des jeux vidéo, sans établir de causalité. Les résultats vont dans le sens d'une association de troubles psychologiques ou psychiatriques chez les usagers problématiques d'internet ou des jeux vidéo.

Concernant les jeux d'argent [82], en utilisant le DSM-IV, on remarque l'existence de similitudes entre le jeu pathologique et dépendance aux substances.

Enfin, il existe peut-être l'équivalent des sportifs extrêmes à l'intérieur du groupe des joueurs de jeux d'argent : les joueurs de Poker [83]. Ils auraient été initiés de façon plus précoce que autres types de joueurs. Les joueurs problématiques de poker jouaient plus souvent via internet que les autres joueurs problématiques de jeux d'argent.

Les joueurs pathologiques semblent avoir un taux de trouble de l'humeur et de suicide supérieur aux usagers de substances [82].

Toutes formes d'expressions confondues, la conduite addictive semble très fréquente. Il nous apparaît comme très probable que chaque patientèle soit touchée par ce phénomène.

Pendant la phase de démarchage téléphonique du recrutement notre enquête, j'ai constaté quelques cas de déni du type : « je n'ai pas de drogués dans mes patients ». Ce biais doit être pris en compte pour interpréter le taux de repérage probablement optimiste de notre enquête.

Pourquoi ce déni ? Une hypothèse serait :

- le manque de temps.
- le manque d' outils.
- le sentiment d' une faible efficacité.
- une méconnaissance des possibilités offertes par le réseau.
- le manque de formation.
- la peur de modifier la composition de sa patientèle.
- un manque de valorisation de ce type de consultation par le mode de paiement à l' acte.
- le regard de la société sur la drogue et les « drogués ».

Notre hypothèse est qu' un ensemble d' actions synergiques, ciblé sur chaque points pré-cités, favoriserait une évolution des pratiques.

Il serait intéressant de remesurer à distance ce taux de repérage ainsi que la liste des items explorés.

IV.C.2. Le bilan des facteurs favorisant l'usage

IV.C.2.a. Évaluation de la qualité du sommeil

Dans notre enquête nous remarquons que deux tiers des participants recherchaient les troubles du sommeil. Sur une population héroïnomanie, il a été démontré que l' insomnie augmentait l' intensité des envies impérieuses de consommer, appelées *craving* , le jour suivant [84] .

De plus, les troubles du sommeil font partie du syndrome de sevrage au cannabis dans le DSM-5.

Ce signe devrait être recherché systématiquement.

IV.C.2.b. Évaluation du terrain

La population présentant un trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité est sur-représentée parmi les consommateurs de substances. Nous n' avons pas abordé ce thème au cours de notre enquête mais il serait pertinent de les repérer en cas de suspicion de conduite addictive [85]. Une étude [86] basée sur 1138 patients soignés pour trouble de substances ont été soumis au test Adult ADHD Self-Report Scale qui a retrouvé une prévalence de 13 % de trouble de l' attention.

Le trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDA/H) est un trouble fréquent dans l'enfance puisqu'il touche 3 à 5 % des enfants d'âge scolaire, selon les critères DSM-III-R, et jusqu'à 12 % selon les critères DSM-IV, il n' apparaît pas *de-novo* à l' âge adulte mais peut encore y être traité efficacement [87].

Enfin, une étude [88] en 2008 a comparé l' usage de jeux vidéos chez des enfants contrôles versus enfants atteints de troubles de l' attention, grâce à l' échelle PVP (Problem Videogame Playing scale). Les enfants atteints de troubles de l' attention seraient plus susceptible de développer une dépendance aux jeux vidéos.

IV.C.3. La recherche d'impacts de la consommation

IV.C.3.a. Évaluer les risques et les dégâts

Nous observons qu' il manque des items importants parmi les éléments recherchés par les médecins. Ces items appartiennent aux échelles CAST, ADOSPA [89] et ALAC [90].

Dans le cas où une psychose s'installe , il est encore impératif de réaliser un repérage : pour les patients psychotiques, la poursuite d'une intoxication cannabique augmente le risque d' hospitalisation [62] et dégrade ses relations avec l' entourage.

J'ai contacté Drogue Info Service pour connaître la nature des appels qu'ils reçoivent :

les appels de médecins sont rares, et ceux-ci appellent en général au sujet des drogues de synthèse ou d'alcool. Au sujet du cannabis , les appelants sont en général des parents , qui sont en rupture de dialogue avec leurs enfants.

L' examen de l' appareil cardio-pulmonaire doit être réalisé en cas de détection d'une consommation, au vu des toxicités prouvées ou fortement suspectées sur cet appareil.

IV.C.3.b. Les leviers pour diminuer les dommages

Notre hypothèse est qu' il est possible d' améliorer la qualité d' examen du patient et des conseils à lui fournir. Nous avons trouvé dans la littérature des solutions naissantes pour diminuer l'exposition respiratoire, pour affirmer l'existence du risque cognitif, et de rappeler les conseils de prévention routière :

- Une vaporisation [46, 47] de fleurs de cannabis apparaît nettement moins toxique pour l'appareil respiratoire que de fumer. Dans le cas d' un usage à but thérapeutique, fumer un médicament envoie un message contradictoire avec les campagnes de prévention contre le tabagisme.
- Alerter les collégiens et lycéens sur leur période de sensibilité cérébrale [59] du fait de leur maturation pourrait aider à retarder l' expérimentation. Une rupture de dialogue doit être évitée.
- Sensibiliser le public sur le très grand risque du mélange de substances au volant .

Nous avons cherché à connaître la part imputable au cannabis et à l' alcool dans les accidents mortels [67] de la voie publique (Tableau 5) :

Tableau 5: Cannabis et alcoolémie : odds ratios de responsabilité du conducteur ajustés sur l'ensemble des co-facteurs âge, type de véhicule, moment de l'accident.

Concentrations sanguines	Odds ratio	Intervalle de confiance à 95 %
THC positif (> 0 ng/ml)	1,8	[1,4 - 2,2]
Alcoolémie positive < 0,5 g/L	2,7	[2,1 - 3,5]
Alcoolémie 0,5 à 0,8 g/L	6,3	[3,7 - 10,6]
Alcoolémie 0,8 à 1,2 g/L	7,6	[4,7 - 12,0]
Alcoolémie 1,2 à 2 g/L	13,2	[9,1 - 19,1]
Alcoolémie > 2 g/L	39,6	[22,7 - 68,9]
Toute alcoolémie non nulle	8,5	[7,1 - 10,1]

Le risque d'être responsable d'un accident mortel chez les conducteurs à la fois positifs au cannabis et à l'alcool est multiplié par 14.

Pour une alcoolémie comprise entre 0,5 et 0,8 g/L le conducteur s'expose à [91] :

- Une amende forfaitaire de 135 euros.
- Un retrait de 6 points sur le permis de conduire.

Concernant le cannabis, il suffit d'avoir des traces de THC dans le sang pour encourir [92] :

- deux ans d'emprisonnement et de 4 500 euros d'amende.
- La suspension du permis de conduire pour une durée de trois ans.
- Une peine de travail d'intérêt général.
- L'obligation d'accomplir, à ses frais, un stage de sensibilisation à la sécurité routière.
- L'obligation d'accomplir, à ses frais, un stage de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants.

Une plus grande cohérence dans la législation pourrait favoriser le dialogue entre consommateurs, parents, milieu éducatif, et personnel de santé, afin de diminuer le nombre de tués sur la route.

• prendre en compte l'essor commercial des nouvelles drogues, en particuliers des cannabinoïdes synthétiques [35, 36, 37, 38, 39] mal connus et parfois non réglementés. Le principe de prohibition est, dans la « meilleure hypothèse », inefficace dans ce contexte.

IV.C.4. Les soins

IV.C.4.a. Une réponse de l'utilisateur au stress

Dans notre enquête, à la question 'Quels motifs sont évoqués par les consommateurs lorsqu'un usage vous semble intensif ?', quatre participants sur cinq ont relevé le motif d'un stress, c'est le motif le plus souvent rapporté.

Nous observons dans la littérature [94, 95, 96, 97] que le stress est un élément très fréquemment rapporté comme motif expliquant un usage intensif.

Une étude [95] menée en 1999 dans un établissement scolaire privé de l'arrondissement de Nancy portant sur 886 adolescents répartis en 42 classes de la quatrième à l'enseignement supérieur avait retrouvé que 90 % des élèves déclaraient avoir de « très bonnes » ou de « plutôt bonnes » relations avec leurs parents, indépendamment de l'âge et du sexe.

Quel que soit le produit (tabac, alcool, cannabis, ecstasy, médicament « pour les nerfs » ou « pour dormir »), les consommateurs avaient de moins bonnes relations avec leurs parents que les non-consommateurs. Cet aspect était très significatif quand le nombre de produits consommés augmentait : 41 % des utilisateurs d'un ou de deux produits avaient de « très bonnes » relations, versus 22 % des utilisateurs de trois produits ou plus ($p < 0,001$).

Pourtant, dans notre enquête, à la question :

« Parmi la population consommant quotidiennement du cannabis, à combien évaluez vous le taux d'utilisation dans un but "thérapeutique" (anxiolytique, hypnotique, antalgique ...) ? »,

le caractère auto-thérapeutique est rarement repris par les médecins. La moitié des participants estimaient le caractère auto-thérapeutique du cannabis chez ses usagers quotidiens compris entre 0 et 9 %.

Nous pensons que ces prises de substances reflètent une tentative d'adaptation à un environnement ou à un contexte engendrant une tension psychique.

Il existe un lien biologique entre le stress et prise de psychotropes [16,17,51].

Ce décalage entre motif déclaré par les patients et l'estimation de la visée thérapeutique qu'en font les médecins pourraient en partie expliquer le faible taux de repérage du cannabis.

Notre hypothèse est que la toxicité du cannabis perçue par les médecins éclipse l'effet recherché par le patient ayant motivé sa consommation. La conséquence en serait une approche pharmacologique plutôt que psychologique, avec la tentation de prescrire un psychotrope.

IV.C.4.b. Une réponse du médecin au stress

Notre enquête n'éclaire pas sur la prescription de médicament ni sur le style d'entretien.

Pour étayer cette possibilité, nous rapportons la thèse de Pan [97] :

Il s'agit d'une enquête qualitative exploratoire sur l'attitude pratique du médecin généraliste concernant le dépistage et la prise en charge de la consommation de cannabis. Il a utilisé la méthode de l'entretien semi directif. Les 16 médecins généralistes ayant participé devaient citer un cas d'usager intensif et sur quel critères cet usage était perçu comme intensif.

Cette enquête nous apporte le traitement prescrits relatifs à ces patients usagers intensifs :

Cinq médecins ont travaillé sur la notion de motivation/ambivalence avec leur patient. La consultation se terminait par une prescription médicamenteuse chez six médecins : cinq médecins avaient prescrit une benzodiazépines, deux médecins ont prescrit des antidépresseurs, un médecin a prescrit un bêta-bloquant non cardio-sélectif, le propranolol. Les prescriptions médicamenteuses étaient plus nombreuses que les entretiens motivationnels. Pourtant, ce soin montre un intérêt particulièrement sur les patients réfractaires, il peut aider à éviter de remplacer un psychotrope illicite par un autre légal, lui même potentiellement addictif. Le rapport Roques a classé le cannabis comme moins addictif que les benzodiazépines. Le test CAST [58] est un outil d'aide rapide et facile, pour repérer un usage à risque, mais il serait intéressant de rechercher en plus les raisons expliquant le parcours de consommateur du patient. L'usage intensif prolongé pourrait servir de marqueur de souffrance. Nous avons mesuré que les antécédents de traumatismes psychologiques étaient rarement cherchés, bien qu'ils exposent à un risque accru de psychose [62,64].

IV.C.4.c. La place du médecin généraliste

Il est difficile de trouver un consensus sur le rôle que devrait jouer le médecin généraliste.

Une synthèse de notre recherche bibliographique et l'expérience que j' ai intégré au cours de mes entretiens et participation aux réunion SAOME est de faire preuve de souplesse.

Il faut prendre du recul sur le cannabis et aborder le problème sous l' angle d' une conduite addictive : c' est la rencontre d' un individu avec un environnement, une histoire, un contexte.

Le problème est complexe , un bon début serait de prendre l' habitude de faire du repérage systématique face aux adolescents, et d' une façon générale face aux sujets subissant un stress.

Parmi les adolescents fumeurs de cannabis, ils seraient 18 % à déclarer consommer dans un but hypnotique [98]. De plus, l' insomnie est un signe de sevrage du cannabis.

Le médecin peut-être amené a soulager une insomnie, et à favoriser un sevrage tabagique .

L' usage de cannabis est corrélé à la poursuite du tabagisme, ce double sevrage paraît être un objectif idéal à terme [99]. Cependant il est fréquent que le patient accepte un sevrage définitif du tabac, mais qu' il souhaite poursuivre une consommation de cannabis. Il y a alors un risque de compensation en augmentant les quantités consommées de cannabis, auquel s' ajoute du tabac dans le joint. Ce problème doit être expliqué au patient.

L' objectif du soin sera fonction de la motivation du patient, du contexte, allant de la simple modération du niveau de consommation , à l' abstinence. Le but est bien de réduire les risques.

Un traumatisme ancien semble être un important facteur, qui peut être réactivé par un souci intercurrent.

Le reste du traitement repose ensuite sur le soin des comorbidités et d' une psychothérapie.

IV.C.5. Le réseau de soin

IV.C.5.a. Quand faut-il hospitaliser ?

- Échec d'un ou de plusieurs sevrages ambulatoires.
- Patient demandeur d'une extraction de son milieu pour le sevrage.
- Poly-consommations (alcool, opiacés, cocaïne).
- Maladie somatique ou psychiatrique grave.
- Nécessité d'une évaluation psychiatrique pour les doubles diagnostics ou comorbidités.

IV.C.5.b. Étendue du réseau de soin

La carte de l'offre de soins pour les toxicomanies [100] indique une vingtaine de structures disséminées sur l'île de la Réunion permet d'accueillir le public grâce à cette couverture étendue. Le lecteur trouvera une liste de contacts utiles en annexes.

IV.C.5.c. La place de la psychothérapie

Les thérapies comportementales et cognitives ont pour objectif d'aider le patient à identifier, éviter et faire face de manière efficace aux situations liés à la conduite addictive.

Elles comportent alors un certain nombre de techniques dites d'exposition où il s'agit pour le patient de revivre l'événement traumatique, de s'habituer à de nouvelles réponses émotionnelles et de supprimer les comportements d'évitement.

La plupart des études montrent l'efficacité de ce type de traitement, en particulier la technique d'exposition par imagination et immersion qui produit une réduction nette des symptômes [101].

Prochaska et Di Clemente [102] ont décrits un cycle théorique qui permet de situer le patient dans son processus psychologique qui aboutira au sevrage.

L'apport du style motivationnel de l'entretien aiderait les usagers intensifs à atteindre plus facilement une étape avancée dans ce cycle.

L'entretien motivationnel, est une technique d'entretien s'est développé au cours des années 80 aux États-Unis et au Royaume-Uni. Ses auteurs, William Miller et Stephen Rollnick [103] le définissent comme une méthode de communication directive, centrée sur le patient, visant au changement de comportement par l'exploration et la résolution de l'ambivalence.

Les éléments fondamentaux dans cette approche sont :

- Exprimer l'empathie
- Développer les divergences
- "Rouler avec la résistance"
- Développer le sentiment d'efficacité personnelle

Concrètement, la technique repose sur les quatre points suivants :

- Poser des questions ouvertes
- Valoriser les efforts effectués
- Pratiquer l'écoute réflexive
- Résumer

Ce style permet d'adapter la Thérapie Cognitive et Comportementale à la situation particulière d'un patient rencontrant une conduite addictive.

La thèse de Pageaud [57] reposait sur l'entretien de 51 médecins généralistes au sujet de leur repérage du cannabis. Il retrouvait 5 médecins qui avaient déjà bénéficié d'une formation sur le thème de l'entretien motivationnel et seul un médecin utilisait parfois cette méthode.

Les 46 autres médecins ignoraient l'existence de cette méthode.

Selon de Gee [104], il existe un bénéfice à pratiquer l'entretien motivationnel par rapport au style informationnel, il concernerait surtout les usagers les plus intensifs.

Connaître le principe de ce style ainsi que les signes d'usages à risques peut aider à orienter l'entretien pour augmenter sa sensibilité et sa productivité.

J'ai découvert au cours de mes recherches, l'existence de la technique EMDR : Eye Movement Desensitization and Reprocessing, ou désensibilisation et reprogrammation par des mouvements oculaires. Il s'agit d'une forme d'exposition à la situation traumatique par imagination, où en même temps le sujet doit suivre des yeux le mouvement du doigt rapide du thérapeute et générer une pensée positive quand il évoque la scène traumatique. Cette séquence est répétée jusqu'à ce que l'angoisse décroisse. Une méta-analyse de 2009 [105] trouvait une efficacité de la technique EMDR légèrement supérieure à celle de la thérapie cognitive et comportementale sur les enfants atteints de syndrome de stress post-traumatique. Une autre méta-analyse [106] retrouvait un rapport coût / bénéfice en faveur de l'EMDR comparé à la TCC dans le contexte d'un syndrome de stress post-traumatique.

Il convient également d'accompagner la famille [101], à travers la thérapie familiale multidimensionnelle, la thérapie familiale cognitive et comportementale. L'amélioration de la dynamique familiale peut non seulement être un levier motivationnel pour l'engagement du patient dans une démarche de soins, mais aussi un facteur de resocialisation et de maintien de l'abstinence. Il est important de repérer rapidement les adolescents en difficulté avec le cannabis et d'éduquer les parents aux signes d'alerte et aux techniques de communication pour aborder le sujet avec l'adolescent.

Malgré un potentiel addictogène relativement faible, le délai bref entre la première consommation et la survenue d'un trouble de substance important est bien plus rapide: environ 18 mois pour le cannabis, comparé au tabac (trois à cinq ans) et à l'alcool (cinq à neuf ans).

IV.C.6. Le sport comme substitut ?

IV.C.6.a. Existence d' un sous-groupe à risques parmi les sportifs

Le sport jouit d' une image très positive, et il permet en plus de son action bénéfique sur la santé, de créer de nouveaux liens sociaux, de canaliser l' agressivité et de développer l' estime de soi.

Cependant, il existe en réalité des nuances plus complexes.

L' association entre sport, dopage et conduite addictive est un phénomène préoccupant notamment chez les sportifs évoluant en compétition [107]. Il existe un sous-groupe chez les sportifs intensifs qui semble vulnérable aux substances dopantes, en particulier avec les stéroïdes anabolisants.

Une étude [108] portant sur deux anciens sportifs de haut niveau recherchait l' impact psychologique lié à la cessation du sport en fin de carrière. Une tendance à la toxicomanie a été retrouvée liée à la difficulté sociale de se reconvertir, à un sentiment d' abandon de la famille sportive, et à une réactivation d' un manque affectif pendant l' enfance.

Lowenstein [109] s' est intéressé aux sportifs et anciens sportifs suivis pour des soins en addictologie. Il remarque que les activités sportives intensives ne protègent pas ni ne corrigent les troubles liés aux substances.

IV.C.6.b. Théorie de l' auto-détermination

La théorie de l' autodétermination [110] suppose que les personnes sont fondamentalement motivées à agir, soit de façon :

- intrinsèque : impliquant que l' individu pratique une activité car il en retire plaisir et satisfaction.
- extrinsèque : survenant lorsque l' individu tente d' obtenir quelque chose en échange de la pratique de l' activité.
- amotivée : absence de motivation autodéterminée chez l' individu.

Il existe différents **sous-types de motivation extrinsèque**, situés sur un continuum d'autodétermination :

- la motivation extrinsèque par régulation **intégrée** est la forme la plus autodéterminée de régulation extrinsèque, l'action est réalisée en fonction de son utilité ou de son importance pour ses buts personnels.
- la motivation extrinsèque par régulation **identifiée**, pour laquelle l'action est motivée par une appréciation des conséquences de celle-ci, comme l'amélioration de la forme physique ou la prévention des maladies.
- la motivation extrinsèque par régulation **introjectée** apparaît lorsque l'individu internalise les raisons du comportement. Ainsi, l'individu agit pour éviter des sentiments négatifs (par exemple, la culpabilité) ou pour rechercher l'approbation des autres.
- la motivation extrinsèque par régulation **externe** est caractérisée par un comportement, contrôlé par des récompenses ou des menaces (par exemple, aller en éducation physique et sportive pour éviter d'être puni).

IV.C.6.c. Encadrement du sportif à risque

Il existerait une corrélation en U, entre intensité sportive et consommation de psychotropes, en particulier en cas de compétition. Ceux qui consomment le plus de substances sont ceux qui ne pratiquent pas de sport et ceux qui en pratiquent plus intensément. Les sportifs de loisirs consommeraient modérément.

Une étude [111] de 2008 menée sur 220 collégiens et lycéens français par questionnaire retrouvait que les consommateurs de cannabis sont davantage amotivés par la pratique sportive.

De plus, les consommateurs de cannabis s'orientaient davantage vers des buts d'approche de la performance. Le fait d'être un garçon, de s'orienter vers des buts d'approche de la performance, de ne pas être motivé intrinsèquement augmentait le risque de consommer davantage de cannabis.

Les sportifs de loisirs, motivés extrinsèquement par l'activité physique, consommaient plus de cannabis, par rapport aux sportifs motivés intrinsèquement.

Le but principal des consommateurs de cannabis n'était pas d'améliorer leur forme physique, ni d'obtenir des bénéfices de leur pratique sportive. Ils ne jugeaient pas leur activité physique comme importante et susceptible de représenter un moyen d'atteindre des buts valorisant leur bien-être.

Ils considéraient leur engagement réussi lorsqu'ils réalisaient une performance supérieure à celle des autres ou une performance identique avec moins d'efforts.

Ces éléments nous laissent penser qu'un encadrement psychologique sur la pratique sportive permettrait au patient de s'épanouir dans le sport tout en évitant les risques associés à ce profil.

Il apparaît comme important de laisser le choix de l'activité sportive afin que le patient en tire du plaisir, de sorte qu'il s'agisse d'une motivation intrinsèque. De plus, il semble important d'éviter la compétition qui serait un facteur de stress facilitant la prise de substance.

IV.C.7. Participation à la prévention

IV.C.7.a. Approche métropolitaine de la communication de prévention

En Europe, la France a la plus forte prévalence d' usage récent de cannabis [19] chez les jeunes de 17 ans, et la seconde prévalence pour l' expérimentation. Notre hypothèse est l' existence d'une erreur de communication. Les spots télévisés français [112] paraissent flous et anxiogènes.

Nous pensons qu'ils sont peu efficaces à favoriser un dialogue constructif entre parents et enfants au sujet des drogues.

IV.C.7.b. Approche réunionnaise de la communication de prévention

Nous observons que les médecins sont très critiques vis à vis de l' efficacité de la prévention.

Le message de prévention que nous prenons comme exemple prône la tolérance zéro :

« Zamal zamé ! » [113] (« Le cannabis, jamais ! »). Rappelons qu'un jeune de 17 ans sur deux a expérimenté le cannabis.

Il est important de retarder l'âge d' expérimentation. Il existe des arguments scientifiques sur la corrélation entre âge précoce et quotient intellectuel [59] diminué ainsi que sur les troubles psychiatriques [22, 61] . Ceci pourrait rendre le cannabis moins attractif en lui enlevant son aura de produit « naturel et sans danger ».

Notre enquête montre que 85 % des médecins sondés estimaient les campagnes de prévention actuelles peu efficaces; ils sont 7 % à les juger un peu contre-productives et 5 % très contre productives. Il serait intéressant d' étudier les possibilités d'une intégration accrue des médecins généralistes dans la prévention.

IV.C.7.c. Innovation américaine de la communication de prévention

Les récents spots télévisés de prévention du Colorado [114, 115, 116] depuis la légalisation, ont un ton nettement moins dramatique, favorisant peut être le dialogue dans un climat plus détendu .

Il serait intéressant de mesurer l'efficacité de ce changement d'approche.

Les établissements scolaires pourraient peut-être participer à cet effort en offrant une sensibilisation réalisées par un personnel médical, formé pour cet exercice.

IV.C.7.d. Sensibiliser la médecine scolaire

La prévention des conduites addictives en général pourrait bénéficier de la collaboration du personnel de santé en médecine scolaire, car la précocité de la prise en charge est primordiale.

Ce personnel, avec le médecin de famille, semblent être les premiers maillons de la chaîne de soignants. Les enfants présentant des signes de stress ou de troubles de l' attention [19], doivent faire l' objet d'une attention particulière, sans les stigmatiser. De même, une négligence scolaire marquée chez un joueur intensif [81, 88] doit être examinée. Des événements de vie traumatisants peuvent ne pas avoir été supportés par l' enfant.

IV.C.8. formation des médecins généralistes

Nous observons que les dispositifs les mieux acceptés concernent la plaquette et un site internet.

Notre hypothèse que ces deux dispositifs permettraient d'apporter une première aide, et de sensibiliser une fraction des médecins généralistes pour compléter avec une formation présentielle.

Il serait souhaitable de favoriser l'intérêt des médecins au sujet des conduites addictives en général et du cannabis en particulier, et de densifier le maillage du réseau SAOME.

L' analyse comparative sur le sexe, l' ancienneté et le lieu d'exercice, montre des déterminants influençant la pratique. Notre hypothèse est que ces divergences proviennent d'une exposition

personnelle ancienne liée à ces même déterminants.

Nous notons une influence géographique, les médecins du secteur Ouest orientent moins souvent leur patient vers l'addictologue:

Première hypothèse : le réseau local est insuffisamment développé.

Ceci ne semble pas être le cas puisque ce secteur dispose d'un service d'addictologie dans le centre hospitalier Gabriel Martin à st Paul.

Deuxième hypothèse : l'association kaz'Oté et du C.S.A.P.A. situés à St Paul absorbe une partie des usagers intensifs, diminuant le besoin de recourir à un addictologue.

Troisième hypothèse non vérifiée : le niveau socio-économique est différent, les difficultés rencontrées également.

V. PROJETS

Ces projets pourraient bénéficier de l' aide du travail de thèse des futurs docteurs :

V.A. Développer un outil d' évaluation des conduites addictives

Nous l' avons vu précédemment, les conduites addictives sont polymorphes, dont certaines véhiculent une charge émotionnelle qui dissuade leur repérage... L' idéal serait peut-être d' avoir un « kit-test addicto » , unifiant les principales conduites addictives , avec et sans substance, sur une plaquette , accompagné d' échelles de mesure de stress, d' anxiété et dépression.

V.B. Développer un site d' aide

Je prend pour exemple le site <http://www.antibiocliv.com/> qui est pratique et ergonomique en cas de doute face au choix d' une antibiothérapie. Un site d' aide au repérage et à la prise en charge des usagers à risques de cannabis reprendrait les échelles d' évaluation validées, ainsi que l' hypothétique outil pré-cité. Cette proposition de site était accueilli favorablement dans notre enquête.

V.C. Mesurer la qualité rédactionnelle des courriers

Comment interpréter les orientations déclarées par les participants ?

Le réseau de soin fonctionne t il de façon optimale ?

L'orientation vers l'addictologue et le psychiatre sont bien plus fréquente que vers le psychologue : respectivement trois-quarts, un tiers, et un cinquième des participants.

Mon sentiment est que la prise en charge psychologique est relativement sous-représentée mais je

ne peux pas le prouver avec ces résultats.

De plus, le sport me paraît insuffisamment proposé (17%).

Dans notre enquête, nous observons qu' en dépit des risques de BPCO et de cancer bronchique, les explorations respiratoires et l'orientation vers le pneumologue est la plus faible: 3% des participants. Le recours à Drogue Info Service est peu utilisé (7 %) malgré la difficulté évoquée de ce type de prise en charge.

Pour savoir si les orientations sont en adéquation avec les besoins du patient, il serait intéressant de mener une étude afin de connaître les informations figurant sur le courrier du médecin généraliste lorsqu'il adresse un patient à un addictologue ou un psychiatre.

Nous proposons à terme, d' établir un courrier-type , dérivé de la communication du réseau ville-hôpital, comprenant une liste d'items à évaluer. Ce courrier pourrait s' inspirer des échelles CAST, ADOSPA et ALAC, comprendre le contexte familial et psychosocial, les motifs exprimés par le patient au sujet de son usage intensif, ainsi que les comorbidités. L' examen clinique en général et cardio-pulmonaire en particulier devrait figurer sur ce courrier.

Ce dispositif :

- sensibiliserait les médecins généralistes au repérage du cannabis.
- offrirait un outil d'aide à l' évaluation des risques .
- servirait de repère pour ré-évaluer le patient à distance.
- Augmenterait le nombre d' informations utiles pour le destinataire.
- Aiderait le MG dans son choix d' orientation du patient dans le réseau de soin.

Le médecin généraliste représente un maillon stratégique de la prise en charge des conduites addictives. Notre hypothèse est qu'une formation adaptée aux médecins généralistes pourrait optimiser le réseau de soin.

Les moyens d'aider le médecin généraliste seraient de lui fournir des outils adaptés à la médecine de ville, de revaloriser ce type de consultation, de revaloriser le repérage des conduites addictives en général, qu'elles soient avec ou sans substance.

L'étude française ECOGEN [117] de 2012 retrouvait chez les MG que chaque consultation comportait en moyenne 2,6 motifs de consultation, 2,2 résultats de consultation, et 4,7 procédures de soins. Il faut absolument dégager du temps au MG pour lui permettre de faire du repérage de conduites addictives.

VI. CONCLUSION

La France a la plus forte consommation régulière de cannabis chez les adolescents en Europe, la Réunion est le département d'outre mer où cette consommation a le plus augmenté entre 2008 et 2011, dépassant même la moyenne nationale.

Nous sommes partis de l'hypothèse que la consommation de cannabis est insuffisamment repérée. Notre objectif principal était de mesurer la fréquence de ce repérage réalisé par les médecins généralistes. Cette mesure est nécessaire car l'usage régulier de cannabis est corrélé à des troubles psychiatriques, pulmonaires, probablement cardiovasculaires et expose à un risque accru d'accidents mortels.

Notre enquête auprès de 60 médecins généralistes met en évidence une insuffisance quantitative et qualitative du repérage de l'usage de cannabis. Il existe des biais dans notre étude : nos mesures sont probablement trop optimistes. Il existe une marge confortable d'amélioration des pratiques et de la prévention. Les participants ont exprimé un souhait pour la formation dans la prise en charge des consommateurs.

Ces données locales n'avaient jamais été mesurées auparavant. Nous proposons l'utilisation de tests de repérage d'usages à risques tel que le CAST, ainsi qu'une formation pour les médecins généralistes.

Nous proposons des pistes de recherche sur de nouveaux outils de repérages des conduites addictives adaptée à la pratique des médecins généralistes: Il est fréquent d'avoir des addictions multiples comme les jeux vidéos en plus du cannabis, ou encore du dopage lors de la pratique sportive. Le rôle majeur de la précocité des addictions nous incite à améliorer leur repérage et leur prévention. Nous proposons également d'étudier le fonctionnement du réseau de soin afin d'optimiser son fonctionnement.

Le style actuel de la communication de prévention pourrait également faire l'objet de recherches.

VII. BIBLIOGRAPHIE

1. Turner CE, ElSohly MA, Boeren EG. Constituents of *Cannabis sativa* L. XVII. A review of the natural constituents. *Journal of Natural Products*. 1980; 43: 169-234.
2. Le Nézet O, Drogues et addictions, données essentielles, OFDT. 2013 : 214-225.
3. Earleywine M, Barnwell SS. Decreased respiratory symptoms in cannabis users who vaporize. *Harm Reduct J*. 2007;4:11.
4. Hillig KW, Mahlberg PG. A Chemotaxonomic analysis of cannabinoid variation in *Cannabis* (Cannabaceae). *American Journal of Botany* 91(6): 966–975. 2004.
5. Marks MD, Tian L, Wenger JP, Omburo SN et al. Identification of candidate genes affecting D9-tetrahydrocannabinol biosynthesis in *Cannabis sativa*. *Journal of Experimental Botany*. 2009 ; 60(13): pp. 3715–3726.
6. Turner CE, Hadley K. Constituents of *Cannabis sativa* L. II. Absence of cannabidiol in an African variant. *Journal of the Pharmaceutical Sciences*. 1973; 62: 251-255.
7. Lydon J, Teramura AH, Coffman CB. UV-B radiation effects on photosynthesis, growth and cannabinoid production of two *Cannabis sativa* chemotypes. *Photochemistry and Photobiology*. 1987; 46: 201-206.
8. Petrocellis LD, Cascio MG, Di Marzo V .The endocannabinoid system: a general view and latest additions. *British Journal of Pharmacology*.2004 Mar; 141(5): 765–774.
9. Pertwee RG.The diverse CB1 and CB2 receptor pharmacology of three plant cannabinoids: d9-tetrahydrocannabinol, cannabidiol and d9-tetrahydrocannabivarin.*Br J Pharmacol*. 2008 Jan;153(2): 199–215
10. Leweke FM, Piomelli D, Pahlisch F, Muhl D, Gerth CW, Hoyer C, et al. Cannabidiol enhances anandamide signaling and alleviates psychotic symptoms of schizophrenia. *Transl Psychiatry*.2012 mar;2: 94.
11. Devinsky O, Cilio MR, Cross H,Fernandez-Ruiz J, French J et al.Cannabidiol:Pharmacology and potential therapeutic role in epilepsy and other neuropsychiatric disorders. *Epilepsia*.2014; 55(6):791–802
12. Mechoulam R, Parker L. Towards a better cannabis drug.*Br J Pharmacol*. 2013 Dec;170(7):1363-4
13. Mukhopadhyay P, Rajesh M, Horváth B, Bátkai S et al. Cannabidiol protects against hepatic ischemia/reperfusion injury by attenuating inflammatory signaling and response, oxidative/nitrative stress, and cell death. *Free Radical Biology and Medicine*. 2011 May; 50(10): 1368–1381.
14. Esposito G, De Filippis D, Cirillo C, Iuvone T. Cannabidiol in Inflammatory Bowel Diseases: A Brief Overview.*Phytotherapy Research*.2013 May ;27(5):633–636.
15. Bossong MG, van Berckel BN, Boellaard R, Zuurman L,et al.Delta 9-tetrahydrocannabinol induces dopamine release in the human striatum. *Neuropsychopharmacology*. 2009 Feb;34(3):759-66.
16. Grieder TE, Herman MA, Contet C, Tan LA, Vargas-Perez H et al. VTA CRF neurons mediate the aversive effects of nicotine withdrawal and promote intake escalation.*Nature Neuroscience*. 2014 Nov; 17: 1751–1758.

17. Sarnyai Z, Shaham Y, Heinrichs SC. The role of Corticotropin-Releasing Factor in drug addiction. *Pharmacological Reviews*. 2001 June; 53 (2): 209-244.
18. INPES. Baromètre santé 2005 Attitudes et comportements de santé. 2006 Mar.
19. Galéra C, Bouvard M, Melchior M, Chastang JF. Disruptive symptoms in childhood and adolescence and early initiation of tobacco and cannabis use: The Gazel Youth study. *European Psychiatry*. 2010 Nov; 25(7):402-408.
20. INSERM. Conduites addictives chez les adolescents. Usages, prévention et accompagnement. Collection Expertise collective, Inserm, Paris. 2014. (page consultée le 30/09/2014). Disponible sur : http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/5966/Chapitre_1.html
21. Blakemore SJ, Teenage kicks cannabis and the adolescent brain. *Revue the lancet* [en ligne]. 2013 Mar 16 ;381. (page consultée le 15/05/2014) Disponible sur www.thelancet.com.
22. Malone DT, Hill MN, Rubino T. Adolescent cannabis use and psychosis: epidemiology and neurodevelopmental models. *British Journal of Pharmacology*. 2010;160(3):511–522.
23. Currie C, Zanotti C, Morgan A, Currie D, et al. Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey, Copenhagen (Denmark).
24. De Singly C, Catteau C. Etat de santé de la population de La Réunion et de Mayotte - Océan Indien. Agence de Santé Océan Indien. 2010.
25. Ben Lakhdar C, Godeau E, Falissard B, Jobard F, Karsenty S. Les drogues à 17 ans : situation dans les DOM. *Tendances*. 2014;93.
26. Chen CY, O'Brien MS, Anthony JC. , Who becomes cannabis dependent soon after onset of use? Epidemiological evidence from the United States: 2000–2001. *Drug Alcohol Depend* 2005;79:11-22.
27. INSERM, Données épidémiologiques sur l'abus et la dépendance au cannabis. (page consultée le 15/05/2014). Disponible sur <http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/171/?sequence=8>
28. Caffarel MM, Andradas C, Pérez-Gómez E, Guzmán M, et al. Cannabinoids: a new hope for breast cancer therapy? *Cancer Treatment Reviews*. 2012;38: 911–918.
29. Bowles DW, The intersection between cannabis and cancer in the United States *Critical Reviews in Oncology/Hematology* .2012;83:1-10.
30. Carracedo, A., et al., Ceramide sensitizes astrocytes to oxidative stress: protective role of cannabinoids. *Biochem J*, 2004.
31. Fernandez-Ruiz J, Romero J, Velasco G, Tolon RM, et al. Cannabinoid CB2 receptor: a new target for controlling neural cell survival? *Trends in Pharmacological Sciences*. 2007 Jan;28(1):39-45.
32. Porter BE, Jacobson C. Report of a parent survey of cannabidiol-enriched cannabis use in pediatric treatment-resistant epilepsy. *Epilepsy & Behavior*. 2013;29:574–577.
33. Martínez-Rodríguez JE, Munteis E, Carreño M, Blanco Y, et al. Cannabis use in Spanish patients with multiple sclerosis: Fulfilment of patients' expectations? *Journal of the Neurological Sciences*. 2008 Oct;273(1-2):103-107.
34. Nagarkatti M, Rieder SA, Hegde VL, Kanada S et al. Do cannabinoids have a therapeutic role in transplantation? *Trends in Pharmacological Sciences*. 2010 Aug;31(8) :345-350.

35. Fattore L, Fratta W, Beyond THC. The new generation of cannabinoid designer drugs. *Front Behav Neurosci.* 2011; 5:60.
36. Lindigkeit R, Spice: A never ending story ? *Forensic Science International* . 2009;191 : 58–63.
37. Every-Palmer S. Synthetic cannabinoid JWH-018 and psychosis : An explorative study. *Drug and Alcohol Dependence.* 2011 Sep;117(2-3):152-157.
38. Uchiyama N. URB-754: A new class of designer drug and 12 synthetic cannabinoids detected in illegal products, *Forensic Science International.* 2013;227: 21–32.
39. Tomiyama K. Cytotoxicity of synthetic cannabinoids on primary neuronal cells of the forebrain: the involvement of cannabinoid CB1 receptors and apoptotic cell death, *Toxicology and Applied Pharmacology.* 2014;274 : 17–23.
40. Décret n° 2013-473 du 5 juin 2013. *JORF n°0130.* 7 juin 2013 page 9469 texte n° 13.
41. Fréour P. Un tribunal autorise le cannabis thérapeutique. *Le Figaro.* 2013 Nov 20. (Page consultée le 01/12/2013). Disponible sur http://recherche.lefigaro.fr/recherche/access/lefigaro_fr.php?archive=BszTm8dCk78atGCYonbyzuI9mPYEsA5nYTnAyoPKJmmJvSLlDvOFCxodDCJqgaxnu2IGtjAq08M%3D
42. Cannabis : un consommateur malade relaxé. *Libération.* 2013 Nov 22 . (Page consultée le 01/12/2013). Disponible sur http://www.liberation.fr/societe/2013/11/22/cannabis-un-consommateur-malade-relaxe_961441
43. Allemagne : la culture du cannabis à des fins médicales bientôt légalisée ? *Magazine Le Point.* 2014 juillet 22.(Page consultée le 02/08/2014). Disponible sur http://www.lepoint.fr/societe/Allemagne-la-culture-du-cannabis-a-des-fins-medicales-bientotlegalisee-22-07-2014-1848165_23.php
44. Afif H, Urban T, Quantin X, Abraham M. L'association tabac-cannabis est-elle susceptible de modifier l'histoire naturelle de la dépendance? *Revue des Maladies Respiratoires Actualités.* 2010;2(4):376-9.
45. Underner M, Urban T, Perriot J, Peiffer G. Usage du cannabis et retentissement fonctionnel respiratoire *Revue des Maladies Respiratoires* . 2013 ; 30 : 272—285.
46. Gieringer D, St Laurent J, Goodrich S. Cannabis vaporize combines delivery of THC with effective suppression of pyrolytic compounds. *J Cannabis Ther* 2004;4:7-27.
47. Van Dam NT, Earleywine M. Pulmonary function in cannabis users: support for a clinical trial of the vaporizer. *Int J Drug Policy* 2010;21:511-3.
48. Vallée M, Vitiello S, Bellocchio L, Hébert-Chatelain E et al. Pregnenolone Can Protect the Brain from Cannabis Intoxication. *Science* . 2014 Jan ;343(6166) :94-98.
49. Le Breton-Lerouvillois G. La démographie médicale en région DOM-TOM : Situation en 2013, *Ordre des Médecins.* 2014.
50. *Statistiques et indicateurs de la Santé et du Social 2013.* Agence de Santé Océan Indien. 2014.
51. Fitzgerald PJ. Elevated norepinephrine may be a unifying etiological factor in the abuse of a broad range of substances: alcohol, nicotine, marijuana, heroin, cocaine, and caffeine. *Subst Abuse.* 2013 Oct 13;7:171-83
52. Le Berre E, Kerjean J . Addiction chez l'adolescent. *Journal de pédiatrie et de puériculture* .2012; 25 : 136-141.

53. Morral AR, McCaffrey DF, Paddock SM .Reassessing the marijuana gateway effect. *Addiction*. 2002; 97(12):1493-1504.
54. Gorwood P et al. Le concept des addictions sous l'angle de la génétique. *Psychotropes*.2008;14:29-39.
55. L. Degenhardt et al. Evaluating the drug use “gateway” theory using cross-national data: Consistency and associations of the order of initiation of drug use among participants in the WHO World Mental Health Surveys. *Drug and Alcohol Dependence*. 2010 ;108 :84–97
56. Beck F, Guignard R, Obradovic I, Gautier A, Karila L. Le développement du repérage des pratiques addictives en médecine générale en France. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*.2011 Oct;59(5):285-294.
57. Pageaud D. Prévenir et prendre en charge l'usage problématique du cannabis : quelle est la place du médecin généraliste ? [thèse de doctorat de médecine]. Université de Rennes 1 , 2004.
58. Spilka S, Janssen E, Legleye S. Détection des usages problématiques de cannabis : le Cannabis Abuse Screening Test (CAST) OFDT .2013;Note n°2013-01.
59. Meier M. H., Caspi A., Ambler A., Harrington H.L., et Al. Persistent cannabis users show neuropsychological decline from childhood to midlife [Internet]. Disponible sur: <http://www.pnas.org/content/109/40/E2657.full.pdf+html>
60. Fontes MA. Cannabis use before age 15 and subsequent executive functioning.*BJP*. 2011;198:442-447.
61. Becker B, Wagner D, Gouzoulis-Mayfrank E, Spuentrup E, Daumann J. The impact of early-onset cannabis use on functional brain correlates of working memory. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2010 Aug;34(6):837-845.
62. Davis GP, Compton MT, Wang S, Levin FR, Blanco C. Association between cannabis use, psychosis, and schizotypal personality disorder: Findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Schizophrenia Research*. 2013 Dec; 151(1-3):197-202.
63. Auriacombe M, Fatséas M, Le Bec PY, , Denis C, Lavie E. Cannabis et psychose : recherche d'un lien de causalité à partir d'une revue critique systématique de la littérature. *L'Encéphale*. 2009 Sept ;35(4) : 377-385.
64. M. Harley, I. Kelleher, M. Clarke, F. Lynch, et al. Cannabis use and childhood trauma interact additively to increase the risk of psychotic symptoms in adolescence. *Psychological Medicine*. 2010; 40:1627-1634.
65. Association prévention routière.(page consultée le 11/05/2014).Statistiques d'accidents. [en ligne] <http://www.preventionroutiere.asso.fr/Nos-publications/Statistiques-d'accidents/Principaux-facteurs-d'accidents>
66. Association prévention routière.(page consultée le 11/05/2014).Statistiques d'accidents.[en ligne].<http://www.preventionroutiere.asso.fr/Nos-publications/Statistiques-d'accidents/Accidents-jeunes-18-24-ans>
67. Laumon B,Gadegbeku B, Martin JL,et al. Stupéfiants et accidents mortels de la circulation routière (projet SAM) Septembre 2005.(page consultée le 11/05/2014). Disponible sur http://bdoc.ofdt.fr/pmb/opac_css/index.php?lvl=notice_display&id=67474&seule=1
68. Urban T. Manifestations Respiratoires liées à l'inhalation de fumée de cannabis. *Revue des Maladies Respiratoires*. 2008;25(10):1338-40.

69. Tashkin DP, Coulson AH, Clark VA, Simmons M et al. Respiratory symptoms and lung function in habitual, heavy smokers of marijuana alone, smokers of marijuana and tobacco, smokers of tobacco alone and non smokers. *Am Rev Respir Dis.*1987;135:209-16.
70. Gong H, Fligiel S, Tashkin D, Barbers R. Tracheobronchial changes in habitual, heavy smokers of marijuana with and without tobacco. *Am Rev Respir Dis.* 1987;136:142-9.
71. Aldington S. Effects of cannabis on pulmonary structure, function and symptoms. *Thorax.* 2007;62:1058-63.
72. Dautzenberg B. Séminaire FMC Pneumologie et substances addictives inhalées : les enjeux *Revue des Maladies Respiratoires* .2008 Dec; 25(10):1335-1337.
73. Underner M, Urban T, Perriot J, Peiffer G, Meurice JC. Usage du cannabis et retentissement fonctionnel respiratoire. *Revue des Maladies Respiratoires.* 2013;30:272—285.
74. Karila L, Danel T, Coscas S, Chambon JP, et al. L'artérite progressive cannabique, un sous-type clinique de la thromboangéite oblitérante ? *La Presse Médicale* . 2004 Oct;33(18,1):21-23.
75. Barbieux M, O. Véran, O. Detante .Accidents vasculaires cérébraux ischémiques du sujet jeune et toxiques .*La Revue de médecine interne.* 2012;33:35–40.
76. Horváth B., Mukhopadhyay P., Haskó G., Pacher P. The endocannabinoid system and plant-derived cannabinoids in diabetes and diabetic complications *The American Journal of Pathology.* 2012 Feb; 180(2).
77. Jouanjus, E., Lapeyre Mestre, M., & Micallef, J. . Cannabis Use: Signal of Increasing - Risk of Serious Cardiovascular Disorders. *Journal of the American Heart Association* 2014;3(2).
78. Estimation du nombre de consommateurs de cannabis en France métropolitaine parmi les 11-75 ans en 2011.OFDT .Mise à jour en aout 2013.(page consultée le 15/05/2014). Disponible sur <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/produits/cannabis/conso.html>
79. Guilbert P, Gautier A. Baromètre santé 2005, Attitudes et comportements de santé.INPES.2007 (page consultée le 25/05/2014). Disponible sur <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/da13can.pdf>
80. Franques P, Auriacombe M, Piquemal E, Verger M. Sensation seeking as a common factor in opioid dependent subjects and high risk sport practicing subjects. A cross sectional study. *Drug and Alcohol Dependence.* 2003 Mar ; 69(2) : 121-126.
81. Mété D , Ricquebourg M, Bernède-Bauduin C , Dafreville C et al. Internet et jeux vidéo chez les étudiants de La Réunion en 2010 : usages, mésusages, perceptions et facteurs associés. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique.* 2013 Dec ; 61(6) : 503-512.
82. Bosc E, Fatséas M, Alexandre JM, Auriacombe M. Similitudes et différences entre le jeu pathologique et la dépendance aux substances : qu'en est-il ? *L'Encéphale.*2012 Oct ; 38(5) : 433-439.
83. Bouju G, Hardouin JB, Grall-Bronnec M, Auriacombe M et al. Les joueurs de poker : un profil différent des autres joueurs ? *European Psychiatry.* 2013; 8(28S): 1–10.
84. Auriacombe M, Serre F, Fatseas M, Swendsen J, et al. Relation entre problèmes de sommeil et envie de consommer (craving) chez des sujets dépendants en début de prise en charge pour leur addiction. *Médecine du Sommeil.* 2014 Jan–Mar ; 11(1) : 34.
85. van de Glind G, Konstenius M, Koeter MW, van Emmerik-van Oortmerssen K et al. Variability in the prevalence of adult ADHD in treatment seeking substance use disorder patients: Results from an

- international multi-center study exploring DSM-IV and DSM-5 criteria. *Drug and Alcohol Dependence*. 2014 Jan ; 134:158-166.
86. van de Glind G, van den Brink W, Koeter MWJ, Carpentier PJ et al. Validity of the Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) as a screener for adult ADHD in treatment seeking substance use disorder patients. *Drug and Alcohol Dependence*. 2013 Oct ; 132(3) : 587-596.
 87. Bouvard M, Blondeau C, Rénéric JP, Martin-Guehl C. Le trouble déficit de l'attention/hyperactivité à l'âge adulte : concept, tableau clinique, stratégies diagnostiques et thérapeutiques. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 2009 Apr; 167(3):234–242.
 88. Bioulac S, Arfi L, Bouvard M. Attention deficit / hyperactivity disorder and video games : A comparative study of hyperactive and control children. *Eur Psychiatry*. 2008 Mar;23(2):134-41.
 89. Karila L., Legleye S., Beck F., Corruble E., et al. Validation d'un questionnaire de repérage de l'usage nocif d'alcool et de cannabis dans la population générale : le CRAFFT-ADOSPA. *La Presse Médicale*. 2007;36(4):582-590.
 90. Bushnell J, Gellatly R, Hermansson G, McCormick R, Guidelines for Recognising, Assessing and Treating Alcohol and Cannabis Abuse in Primary Care. National Health Committee 1999.
 91. Règlementation et sanctions sur l' alcool au volant. (Page consultée le 12/10/2014). Disponible sur <http://www.securite-routiere.gouv.fr/connaître-les-regles/reglementation-et-sanctions/alcool>
 92. Règlementation et sanctions sur le cannabis au volant. Article L235-1 du code de la route modifié par Loi n°2007-297 du 5 mars 2007.(Page consultée le 12/10/2014). Disponible sur <http://www.legifrance.org/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000024041725&cidTexte=LEGITEXT000006074228>
 93. Courtois R, Réveillère C, Paüs A, Berton L, Jouint C. Liens entre stressseurs, santé psychique et premières consommations de tabac et d'alcool à la préadolescence. *L'Encéphale*. 2007;33(3):300-9.
 94. Laure P, Lecerf T, Le Scanff C. Les motivations à la consommation de produits dangereux sont-elles liées au nombre de substances utilisées? Enquête auprès de 840 adolescents scolarisés. *Archives de pédiatrie*. 2001;8(1):16-24.
 95. Campos A.C., Ferreira F.R., Guimarães F.S.; Cannabidiol blocks long-lasting behavioral consequences of predator threat stress: Possible involvement of 5HT1A receptors *Journal of Psychiatric Research*. 2012 Nov;46(11):1501-1510.
 96. Micale V., Di Marzo V. , Sulcova A. , Wotjak C.T. , Drago F. Endocannabinoid system and mood disorders: Priming a target for new therapies. *Pharmacology & Therapeutics*. 2013 Apr;138(1):18-37.
 97. Pan JP. Le médecin généraliste face à la consommation de cannabis [thèse de doctorat de médecine]. Université de Brest . 2007.
 98. Guérolé F, Nicolas A, Hommeril A, Davidsen C, Baleyte JM. Sommeil et substances à l'adolescence : les effets de la caféine, de l'alcool, du tabac et du cannabis. *Médecine du Sommeil*. 2011;8(4):152–158.
 99. Ford DE, Vu HT, Anthony JC. Marijuana use and cessation of tobacco smoking in adults from a community sample. *Drug alcohol depend*. 2002 Aug; 67 (3): 243-8.
 100. Drogues Info Service, Carte des structures Réunionnaises pour l'accueil et de soins pour les conduites addictives,(page consultée le 14/03/2014). Disponible sur http://www.droguesinfoservice.fr/spip.php?page=recherche_stru&rech=s&domn=0&code_dept=974

101. Blecha L, Benyamina A, Reynaud M. Le cannabis chez l'adolescent : prise en charge par les familles. *Archives de Pédiatrie*. 2010;17(2):191-194.
102. Prochaska, James O.; DiClemente, Carlo C.; Norcross, John C. In search of how people change : Applications to addictive behaviors. *American Psychologist* .1992 Sep;47(9):1102-1114.
103. Rollnick S, Miller W. What is Motivational Interviewing? *Behavioural and cognitive psychotherapy*. 1995;23(04):325-334.
104. de Gee EA, Verdurmen JEE, Bransen E, de Jonge JM et al, A randomized controlled trial of a brief motivational enhancement for non-treatment-seeking adolescent cannabis users, *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2014;47(3):181-188.
105. Rodenburg R, Benjamin A, de Roos C, Meijer AM. Efficacy of EMDR in children: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. 2009 Nov;29(7):599–606.
106. Ho MSK, Lee CW. Thérapie cognitivo-comportementale et eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) dans la prise en charge de l'état de stress post-traumatique – la différence n'est-elle due qu'aux exercices que l'on demande aux patients de réaliser chez eux ? *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*. 2012 Oct;62(4):253–260
107. Franques P, Auriacombe M, Tignol J. Sport, dopage et addictions: Délimitations conceptuelles et approche épidémiologique à partir des données de la littérature. *Annales de médecine interne*. 2001;152(7):2S37-2S49.
108. Volle E, Sez nec JC. L'arrêt du sport intensif : révélation d'addictions ? *Annales Médico-psychologiques*. 2006 Nov;164(9):775–779.
109. Lowenstein W, Arvers P , Gourarier L, Porche AS. Activités physiques et sportives dans les antécédents des personnes prises en charge pour addictions. Rapport 1999 de l'étude commanditée par le Ministère de la Jeunesse et des Sports. *Annales de Médecine Interne*. 2000;151(A):A18-A26.
110. Ryan RM, Deci EL. Intrinsic and Extrinsic Motivations: Classic Definitions and New Directions. *Contemporary Educational Psychology*. 2000 Jan;25(1):54–67.
111. Maugendre M, Spitz E. Consommation de cannabis et motivation sportive. *Bulletin de psychologie*. 2008 Mai; 497:477-484.
112. Drogues Info Service, campagne de prévention contre le cannabis, (page consultée le 10/02/2014). Disponible sur <http://www.youtube.com/watch?v=hmxoIMg3Mss>
113. Conseil Général de la Réunion, campagne de sensibilisation sur le zamal, (page consultée le 10/02/2014). Disponible sur <http://www.cg974.fr/index.php/Campagne-de-sensibilisation-SOS-zamal.html>
114. PSA: Marijuana Impaired Driving/Basketball - YouTube [Internet]. [cité 1 sept 2014]. Disponible sur: http://www.youtube.com/watch?v=IP7UtU_e5FA
115. PSA: Marijuana Impaired Driving/BBQ - YouTube [Internet]. [cité 1 sept 2014]. Disponible sur: <http://www.youtube.com/watch?v=mDo5MMYxEiM>
116. PSA: Marijuana Impaired Driving/TV - YouTube [Internet]. [cité 1 sept 2014]. Disponible sur: <http://www.youtube.com/watch?v=22jcBvUx3Sw>
117. Mercier A, Letrilliart L, Supper I, Schuers M et al. ECOGEN : étude des Éléments de la CONsultation en médecine GENérale. *Exercer* 2014;114:148-57.

VIII. ANNEXES

VIII.A. Enquête sur la Réunion : questionnaire page 1

Dépistage du cannabis au cabinet du médecin généraliste

Chère consœur, Cher confrère, Bonjour,

Médecin généraliste remplaçant à la Réunion, je suis en train de réaliser ma thèse sur la problématique suivante :

'Quel rôle jouent les médecins généralistes dans le dépistage et la prise en charge des patients consommateurs de cannabis ?

Étude effectuée sur le département de la Réunion.'

Merci de répondre à ce questionnaire Anonyme pour contribuer à ce travail de recherche ! !

La petite étoile rouge signifie que la question est obligatoire.

QUENTIN C.

***Obligatoire**

A- Vous êtes : *

- une femme
- un homme

B- année de naissance *

C- Depuis combien d'années exercez-vous ? *

D- Dans quelle région exercez-vous ? *

- Nord
- Est
- Ouest
- Sud
- Cirques : Salazie, Mafate, Cilaos

E- Initiales :

3 lettres : Prenom (s)/Nom : Ex : JPH

1- Après quelques consultations avec vos nouveaux patients , âgés de 15 à 35 ans , vous leur demandez s'ils fument du cannabis : *

- toujours
- souvent
- parfois

VIII.B. Enquête sur la Réunion : questionnaire page 2

jamais

2- Interroger sur la consommation de cannabis est pour vous :

- plus facile que d'aborder un éventuel alcoolisme
- ni plus facile, ni plus difficile
- plus difficile que d'interroger sur la consommation d'alcool

3 - Un patient vous rapporte consommer du cannabis. Au sujet des modalités d'usage, posez vous les questions suivantes ?

	systématiquement	souvent	parfois	jamais
à quel âge avez vous commencé ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
dans quelles circonstances fumez vous ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
consommez vous quand vous êtes seul ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
consommez vous avant midi ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
combien de joints fumez vous par jours ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
consommez vous aussi d'autres drogues ou de l'alcool ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
avez vous déjà conduit sous emprise ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4- Le caractère illégal du cannabis accroît il la difficulté du dépistage ?

- oui
- non
- indifférent

5- Quel(s) impact(s) d'ordre somatique et ou psychologique suivant(s) recherchez vous habituellement ?

- une anxiété
- une humeur dépressive
- des troubles du sommeil
- des troubles du comportement, des épisodes psychotiques
- des troubles de la mémoire
- un "manque d'énergie"
- un accident de la voie publique
- des plaies , contusions , ou fractures
- des signes de BPCO
- aucun

VIII.C.

Enquête sur la Réunion : questionnaire page 3

6 - Les anciens termes "d'abus" et de "dépendance" ont évolués depuis la cinquième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM 5) sortie en mai 2013 . Utilisez vous actuellement cette nouvelle classification ?

- oui
- non

7 - Quels motifs sont évoqués par les consommateurs lorsqu'un usage vous semble intensif ?

	toujours	souvent	parfois	jamais
ils en ont besoin pour se détendre face à un stress identifié	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ils cherchent à améliorer un trouble chronique de l' humeur ou d' anxiété	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ils ont besoin de soulager une douleur physique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ils disent apprécier un mode de vie festif	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ils disent avoir perdu la maîtrise de leur usage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8 - Quelle(s) répercussion(s) sociale(s) recherchez vous parmi la liste suivante ?

- présence de problèmes scolaires ou professionnels
- présence de problèmes sentimentaux
- présence de problèmes avec les parents
- présence de problèmes d'argent
- présence de remarques venant de l' entourage
- aucune

9 - Devant une consommation intensive de cannabis, recherchez vous des traumatismes psychologiques anciens ?

- toujours
- souvent
- parfois
- jamais

10- parmi la population consommant quotidiennement du cannabis , à combien évaluez vous le taux d' utilisation dans un but "thérapeutique" (anxiolytique, hypnotique, antalgique ...) ?

- 0 à 9 %
- 10 à 19 %

VIII.D. Enquête sur la Réunion : questionnaire page 4

- 20 à 29 %
- 30% et plus

11- En présence d'une consommation qui vous paraît intensive, vers quel(s) intervenant(s) vous orientez vous habituellement ?

- personne, je le prends en charge au cabinet
- incitation à entrer dans un club sportif
- milieu associatif (ex: type caz'oté)
- structure type Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA)
- plateforme téléphonique type Drogues Info Service
- psychologue
- addictologue
- psychiatre
- pneumologue
- Autre :

12- explorez vous la fonction respiratoire (peak flow, ou spirometrie miniature, ou EFR) de vos consommateurs de cannabis (hors symptomatologie aigue)

- toujours
- souvent
- parfois
- jamais

13- Que pensez vous de l'efficacité des messages de préventions actuels? exemple sur une brochure du Conseil Général : (" SoS Zamal , Té Touch Pa Sa ! Zamal Zamé ! ")

- ces messages sont très efficaces
- ces messages sont peu efficaces
- ces messages sont contre productifs
- ces messages sont très contre productifs

14- concernant le diagnostique et la prise en charge des usagers à risques du cannabis , vous aimeriez avoir :

	enthousiaste	intérêt moyen	non intéressé
un dépliant qui résume les points importants	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
une formation présentielle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
un site internet d'aide diagnostique et décisionnel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
un poster auto-diagnostique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
un livre spécialisé sur ce thème	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Merci pour le temps consacré au formulaire !!! vos remarques sont les bienvenues, votre email si vous voulez une réponse particulière .

VIII.E. Test CAST

<input type="checkbox"/> Oui					
Au cours des 12 derniers mois... <i>Une seule réponse par ligne</i>	Jamais	Rarement	De temps en temps	Assez souvent	Très souvent
1. Avez-vous fumé du cannabis <u>avant midi</u> ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2. Avez-vous fumé du cannabis <u>lorsque vous étiez seul(e)</u> ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
3. Avez-vous eu des <u>problèmes de mémoire</u> quand vous fumiez du cannabis ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
4. Des <u>amis</u> ou des <u>membres de votre famille</u> vous ont-ils <u>dit</u> que vous devriez <u>réduire</u> votre consommation de cannabis ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
5. Avez-vous essayé de <u>réduire</u> ou d' <u>arrêter</u> votre consommation de cannabis <u>sans y arriver</u> ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
6. Avez-vous eu des <u>problèmes à cause de votre consommation</u> de cannabis (dispute, bagarre, accident, mauvais résultats à l'école...)? Lesquels ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

Pour calculer un score, les modalités sont codées de 0 à 4. En fonction du total obtenu (qui peut donc varier de 0 à 24), on définit les usagers sans risque lorsqu'ils présentent un score inférieur à 3, les usagers avec un risque faible pour un score égal à 3 et inférieur à 7 et enfin ceux avec un risque élevé de dépendance pour un score égal ou supérieur à 7. Le score est calculé parmi ceux qui ont complété l'ensemble du test et qui ont par ailleurs précisé avoir consommé du cannabis au cours de l'année avant de répondre au test.

VIII.F. Test ADOSPA

Au cours des douze derniers mois...

1. Etes-vous déjà monté(e) dans un véhicule (Auto, moto, scooter) conduit par quelqu'un (vous y compris) qui avait trop bu ou qui était sous l'emprise de drogue(s) ?
2. Avez-vous déjà utilisé(e) de l'alcool ou d'autres drogues pour vous Détendre, vous sentir mieux ou tenir le coup ?
3. Vous est-il arrivé d'Oublier ce que vous aviez fait (ou de faire des choses que vous n'auriez pas faites) sous l'emprise de drogues(s) ou d'alcool ?
4. Consommez-vous de l'alcool et d'autres drogues quand vous êtes Seul(e) ?
5. Avez-vous déjà eu des Problèmes en consommant de l'alcool ou d'autres drogues ?
6. Vos Amis ou votre famille vous ont-ils déjà dit que vous deviez réduire votre consommation de boissons alcoolisées ou de drogue(s) ?

Au moins 2 réponses affirmatives sur les 6 questions indiquent un usage nocif de drogues ou d'alcool , c'est-à-dire un mode de consommation répété qui entraîne des méfaits sur le plan physique, affectif, psychologique ou social.

VIII.G. Test ALAC

(Traduction française du test néozélandais d'auto évaluation de la consommation de cannabis)

1- Votre entourage s'est-il plaint de votre consommation de cannabis ?

OUI NON

2- Avez-vous des problèmes de mémoire immédiate ?

OUI NON

3- Avez-vous déjà eu des épisodes délirants lors d'usage de cannabis ?

OUI NON

4- Considérez-vous qu'il est difficile de passer une journée sans joint ?

OUI NON

5- Manquez-vous d'énergie pour faire les choses que vous faisiez habituellement ?

OUI NON

6- Vous êtes-vous déjà senti (e) préoccupé (e) par les effets de votre usage de cannabis ?

OUI NON

7- Avez-vous plus de difficultés à étudier, à intégrer des informations nouvelles?

OUI NON

8- Avez-vous déjà essayé sans succès de diminuer ou d'arrêter votre usage de cannabis ?

OUI NON

9- Aimez-vous planer, être défoncé (e), être stone, dès le matin ?

OUI NON

10- Etes-vous de plus en plus souvent défoncé (e) ?

OUI NON

11- Avez-vous ressenti une envie très forte de consommer, des maux de tête, de l'irritabilité ou des difficultés de concentration quand vous diminuez ou arrêtez l'usage du cannabis ?

OUI NON

Si vous avez 3 ou plus de 3 réponses positives il serait important de demander de l'aide.

VIII.H. Critères diagnostiques de l'abus selon le DSM IV

Critères de l'abus:

A. 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 d'une substance conduisant l'incapacité de remplir des obligations majeurs, au travail, à l'école, ou à la maison.
Ex : absences répétées ou mauvaises performances au travail du fait de l'utilisation de la substance, absences, exclusions temporaires ou définitives de l'école, négligence des enfants ou des tâches ménagères.
- 2) Utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux.
Ex : lors de la conduite d'une voiture ou en faisant fonctionner une machine alors qu'on est sous l'influence d'une substance.
- 3) Problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation d'une substance.
Ex : arrestations pour comportement anormal en rapport avec l'utilisation de la substance.
- 4) Utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance.
Ex : disputes avec le conjoint à propos des conséquences de l'intoxication, bagarres.

B. Les symptômes n'ont jamais atteint, pour cette classe de substance, les critères de la dépendance à une substance.

VIII.I. Critères diagnostiques de dépendance selon le DSM IV

Critères de la dépendance :

Mode d'utilisation inadapté d'une substance 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 quantité notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré.

b) Effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance

2) Sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :

a) Syndrome de sevrage caractéristique de la substance « voir les critères A et B des critères de sevrage à une substance spécifique »

b) La même substance « ou une substance très proche » est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage

3) La substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu.

4) Il ya un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation de la substance.

5) Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance

Ex : consultation de nombreux médecins ou déplacement sur de longues distances, à utiliser le produit comme 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 la substance.

7) L'utilisation de la substance est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance.

Ex: poursuite de la prise de la cocaïne bien que la personne admette une dépression liée à la cocaïne, ou poursuite de la prise de boissons alcoolisées bien que le sujet reconnaisse l'aggravation d'un ulcère du fait de la consommation d'alcool.

Spécifier :

- Avec dépendance physique : présence d'une tolérance ou d'un sevrage
- Sans dépendance physique : absence de tolérance ou de sevrage

VIII.J. DSM-5 : Nouvelle définition de la dépendance

Les changements par rapport au DSM-IV sont marqués par la disparition de la notion d'abus.

La « dépendance » devient dans notre étude un « Trouble de l'usage d'une substance » et comprend maintenant 11 critères, contre 7 dans le DSM-IV.

Le nombre de critères correspond à des niveaux d'intensité

- Trouble léger : présence de 2 à 3 symptômes.
- Trouble moyen : présence de 4 à 5 symptômes.
- Trouble sévère : présence de 6 symptômes ou plus.

Quatre critères de dépendance ont été rajoutés par rapport au DSM-IV :

- Le craving, ou désir irrésistible de consommer de la substance, concept addictologique clé, maintenant consacré dans le DSM-5.
- Des difficultés à remplir ses obligations professionnelles, scolaires ou familiales à cause de la consommation répétée de substance.
- La poursuite de la consommation malgré des problèmes relationnels ou sociaux persistants susceptibles d'avoir été causés ou exacerbés par la substance.
- La consommation répétée dans des situations potentiellement dangereuses.

Le critère des problèmes légaux récurrents a été retiré.

Dans le DSM-5, la dépendance peut être en rémission précoce (pas de critère de dépendance depuis au moins trois mois, mais depuis moins de 12 mois) ou en rémission prolongée (pas de critère de dépendance depuis au moins 12 mois, sauf le critère craving qui peut persister).

Inclusion de nouveaux troubles

Le syndrome de sevrage au cannabis apparaît pour la première fois dans le DSM-5.

Les critères DSM-5 de sevrage au cannabis comprennent au moins 3 manifestations, après arrêt d'une utilisation massive et prolongée de cannabis, parmi les sept suivants :

- irritabilité/agressivité
- anxiété
- troubles du sommeil
- diminution de l'appétit
- agitation
- humeur dysphorique/dépressive
- symptômes somatiques (douleurs abdominales, tremblements, sueurs, fièvre, frissons, céphalées)

VIII.K. Contacts utiles

CAARUD Kaz' Oté

7, chemin Pavé
Grande Fontaine
97460 SAINT PAUL
Téléphone : 02 62 45 26 55

CSAPA Ouest

31, rue Chaussée Royale
97460 SAINT PAUL
Téléphone : 02 62 55 14 08

CSAPA Nord

45 avenue Leconte de Lisle
Résidence le Florentin
97400 SAINT DENIS
Téléphone : 02 62 30 22 93

CSAPA Est

404 avenue Ile de France
Immeuble Le Gabriel
97440 SAINT ANDRE
Téléphone : 02 62 50 39 09

CSAPA Sud

71 rue Luc Lorion
97410 SAINT PIERRE
Téléphone : 02 62 35 23 74

Centre le PORT

6,rue de Bruxelles
97420 LE PORT
Téléphone : 02 62 45 99 60

Unité d'addictologie de liaison

43 rue Leconte de Lisle
97470 SAINT ANDRE
Téléphone : 02 62 50 11 05

Consultation Jeunes Consommateurs

21 ruelle Magnan
CMPP Henri Wallon
97449 SAINT DENIS
Téléphone : 02 62 21 50 74

Ecole des Parents et des Educateurs

5 allée des Cocotiers
Immeuble Le Président
97400 SAINT DENIS
Téléphone : 02 62 30 65 95

Maison Des Adolescents

10 rue champ fleuri
97400 SAINT DENIS
Téléphone : 02 62 20 65 40

Institut Robert Debré

18, impasse des Oliviers
97435 SAINT GILLES LES HAUTS, B.P. 32
Téléphone : 02 62 59 37 37

Consultation avancée de Saint Joseph

2 rue de la Crèche
DPEF
97480 SAINT JOSEPH
Téléphone : 02 62 56 00 02

Consultation avancée de Saint Leu

10 rue Adrien Lagourgue
Mairie annexe de Piton Saint-Leu.
97420 SAINT LEU
Téléphone : 02 62 34 31 01

CHU Service d'addictologie

Centre hospitalier universitaire Félix Guyon
97400 SAINT DENIS
Téléphone : 02 62 90 56 01

Service d'addictologie

Centre Hospitalier universitaire Saint Louis
avenue principale
97450 SAINT LOUIS
Téléphone : 02 62 35 97 15

IX. TABLE DES ILLUSTRATIONS

Index des illustrations

Illustration 1: structures chimiques de l' AEA et du 2-AG.....	13
Illustration 2: cycle synaptique des endo-cannabinoïdes.....	13
Illustration 3: catabolisme des endo-cannabinoïdes.....	14
Illustration 4: structure chimique du THC.....	14
Illustration 5: structure chimique du CBD.....	15
Illustration 6: Les familles de récepteurs aux cannabinoïdes.....	15
Illustration 7: Représentation de récepteurs métabotropes et ionotropes.....	16
Illustration 8: Représentation du circuit de la récompense.....	17
Illustration 9: Action du THC sur le circuit de la récompense.....	17
Illustration 10: Proportions de consommateurs de cannabis au cours de la vie et de l' année.....	18
Illustration 11: Usages du cannabis suivant le statut scolaire et professionnel parmi les 15-64 ans..	19
Illustration 12: Odds ratios ajustés pour le statut professionnel en fonction des usages de cannabis parmi les 35-44 ans.....	20
Illustration 13: Odds ratios ajustés pour le niveau de diplôme en fonction des usages du cannabis parmi les 15-44 ans.....	20
Illustration 14: Usages du cannabis parmi les actifs occupés âgés de 15 à 64 ans.....	21
Illustration 15: Odds ratios ajustés pour les usages du cannabis parmi les actifs occupés de 15 à 44 ans.....	21
Illustration 16: Répartition des consommateurs suivant leur fréquence de consommation un jour donné.....	22
Illustration 17: Cartographie de l'usage récent de cannabis en Europe en 2011.....	23
Illustration 18: Evolutions entre 2008 et 2011 sur les niveaux de fréquences d' usages de cannabis en fonction du sexe et du lieu.....	24
Illustration 19: Fréquences annuelles de consultations abordant l' usage de cannabis dans l' échantillon de Pageaud en 2003.....	74

X. TABLE DES FIGURES

Index des figures

Figure 1: Sex Ratio.....	39
Figure 2: Nombre d' années d' exercice des participants.....	40
Figure 3: Répartition géographique des participants.....	41
Figure 4: Fréquences de la pratique du repérage de l'usage de cannabis.....	42
Figure 5: Difficulté ressentie à repérer le cannabis comparée à celle de l'alcool.....	43
Figure 6: Recherche de l' âge de début de la consommation.....	44
Figure 7: Recherche des circonstances accompagnant l'usage.....	45
Figure 8: Recherche du caractère solitaire lors de l'usage.....	46
Figure 9: Recherche d'une consommation matinale.....	47
Figure 10: Évaluation de la quantité quotidienne consommée.....	48
Figure 11: Recherche d'une poly-consommation.....	49
Figure 12: Recherche de la conduite de véhicule sous emprise.....	50
Figure 13: Existence d'un stress identifié comme motif lors d'un usage intensif.....	53
Figure 14: Existence d'un trouble chronique de l'humeur ou anxiété comme motif lors d'un usage intensif.....	54
Figure 15: Existence d'une douleur physique comme motif lors d'un usage intensif.....	55
Figure 16: Existence d'un mode de vie festif comme motif lors d'un usage intensif.....	56
Figure 17: Existence d'une perte de maîtrise de la consommation comme motif lors d'un usage intensif.....	57
Figure 18: Recherche d'un traumatisme psychologique ancien.....	59
Figure 19: Estimation du taux d'usage auto-thérapeutique du cannabis selon les médecins.....	60
Figure 20: Utilisation du réseau de soin dans le cas d'un patient dont l'usage paraît intensif.....	61
Figure 21: Pratique de l'exploration respiratoire (peak flow, spirométrie miniature, ou EFR).....	62
Figure 22: Opinion des médecins sur l' efficacité des messages de prévention.....	63
Figure 23: Taux de réponses 'enthousiaste' en fonction du dispositif d'aide proposé.....	64

XI. TABLE DES TABLEAUX

Table des tableaux

Tableau 1: Le statut illégal du cannabis rend il son repérage plus difficile ?.....	50
Tableau 2: Signes recherchés lors du bilan de l'impact somatique et psychologique de l' usage de cannabis :.....	51
Tableau 3: Utilisation de la classification DSM-5.....	52
Tableau 4: Domaines psycho-sociaux abordés par le médecin lors de la recherche d' impact lié à l' usage de cannabis.....	58
Tableau 5: Cannabis et alcoolémie : odds ratios de responsabilité du conducteur ajustés sur l'ensemble des co-facteurs âge, type de véhicule, moment de l'accident.....	81

XII. SERMENT D' HIPPOCRATE

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

XIII. MENTIONS D' APPROBATIONS

VU, LE PRESIDENT DU JURY
BORDEAUX, LE

VU, LE DIRECTEUR DE L'U.F.R
BORDEAUX, LE

L'université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses et mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

XIV. ABSTRACT

BACKGROUND

The past decade, cannabis use increased in France. The use of cannabis became the first product use as a recreational drug. It spreads among a younger population that tends to use more concentrated products.

Reunion Island's population is younger than the metropolitan, and hazardous uses are more frequent. The existence of many serious complications makes prevention and screening necessary for public health.

OBJECTIVE

Describe screening and support given by Reunion's GP to their cannabis users patients. We wanted to determine the users profile and to know which complications concerned practitioners.

METHODS

In this transversal study, a sample of 60 general practitioners (7,65 % of Reunion's GP) randomly selected from the phonebook , was screened from december 2013 to march 2014. They were asked about their practices through an anonymized on line survey.

RESULTS

81% of participants declared tracking cannabis use among 15-35 years old "sometimes" or "never". Road danger and pneumological risks were approached by physicians up to the rate of 8% for road danger and 2 % for respiratory exploration.

In case of intensive user, 8% of them were looking for ancient psychologic trauma.

A stress factor was reported in case of intensive use, "always" and "often" by 14 % and 67 % of participants.

An autotherapeutic rate of use was estimated from 0 to 9 % by half of participants.

A former psychological trauma was systematically sought by 8% of participants.

DISCUSSION

We have highlighted that tracking of the use of cannabis is not sufficiently practiced by GP on Reunion Island.

We show required improvements and propose ways to achieve this. Participants expressed a desire for training in support of consumers. Those local data had never been measured previously. We propose using of screening tests like CAST or ADOSPA, and complementary education to improve general physician's practices.

RESUME

CONTEXTE

La décennie passée, la consommation de cannabis a augmenté en France la positionnant en première position en Europe. La consommation intéresse un public jeune et consommant des produits plus concentrés. La population réunionnaise est plus jeune que celle de métropole. L'usage à risque est répandu. L'existence de nombreuses complications graves fait de la prévention et du repérage un enjeu de santé publique majeur.

OBJECTIFS

Nous voulions déterminer la prévalence du repérage du cannabis par les médecins généralistes réunionnais. Nous avons souhaité déterminer le profil des usagers et savoir quelles complications préoccupaient les praticiens.

METHODES

Cette étude est une étude transversale par recueil d'opinion. La population étudiée est constituée de 60 médecins généralistes, ce qui représentent 7,65 % des médecins généralistes inscrits au CDOM de la Réunion.

Le recueil de données a commencé en décembre 2013 et terminé en mars 2014.

RESULTATS

81% des participants ont déclaré interroger 'parfois' ou 'jamais' sur l' usage de cannabis chez les patients de 15-35 ans. 8 % des médecins recherche une conduite sous emprise d' alcool, 2 % fait une exploration respiratoire.

En cas d'usager intensif, 8% des participants recherche l'existence d'un traumatisme psychologique ancien. Un stress identifié est recherché en cas d' usage intensif, "systématiquement" dans 14 % des cas et "souvent" dans 67 % des cas.

La moitié des participants pense que 0 à 9 % des usagers intensifs de cannabis consomme à but auto-thérapeutique.

Un traumatisme psychologique ancien était cherché systématiquement par 8 % des médecins .

DISCUSSION

Nous avons mis en évidence que le repérage de l'usage de cannabis est insuffisamment pratiqué par les médecins généralistes. Nos soulignons des points à améliorer et proposons des moyens pour y parvenir. Les participants ont exprimé un souhait pour la formation dans la prise en charge des consommateurs .Ces données locales n'avaient jamais été mesurées auparavant.

Nous proposons l' utilisation de tests de repérage d' usages à risques tel que le CAST ou ADOSPA, ainsi qu'une formation pour les médecins généralistes.