



**HAL**  
open science

**Évaluation des connaissances et des pratiques des  
médecins généralistes en matière de dépistage de la  
consommation de cannabis chez leurs patients de 15 à 25  
ans : étude menée sur des médecins généralistes présents  
à une formation**

Émilie Millet

► **To cite this version:**

Émilie Millet. Évaluation des connaissances et des pratiques des médecins généralistes en matière de dépistage de la consommation de cannabis chez leurs patients de 15 à 25 ans : étude menée sur des médecins généralistes présents à une formation. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01236694

**HAL Id: dumas-01236694**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01236694>**

Submitted on 4 Jan 2016

**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.

UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE  
FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS

Année 2015

N°2015 - 17

EVALUATION DES CONNAISSANCES ET DES PRATIQUES  
DES MEDECINS GENERALISTES  
EN MATIERE DE DEPISTAGE DE LA CONSOMMATION DE CANNABIS  
CHEZ LEURS PATIENTS DE 15 A 25 ANS.

*Etude menée sur des médecins généralistes présents à une formation.*

---

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE GENERALE  
(DIPLOME D'ETAT)  
PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT  
LE 20 MARS 2015  
PAR  
Emilie MILLET

---

**Président de jury :** Monsieur le Professeur Christian MILLE

**Juges :** Monsieur le Professeur Olivier GANRY  
Monsieur le Professeur Denis CHATELAIN  
Monsieur le Docteur Ludovic PETIT

**Directeurs de thèse :** Monsieur le Docteur Dominique JOURDAIN DE MUIZON  
Madame le Docteur Pauline PIERRE DUVAL

*A mon Président de jury,*

*Monsieur le Professeur Christian MILLE  
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier  
(Pédo-psychiatrie)  
Pôle « Femme - Couple – Enfant »*

*Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse,  
Soyez assuré, Monsieur le Professeur, de mon profond respect et de toute ma reconnaissance.*

*Recevez mes sincères remerciements.*

*A mes juges,*

*Monsieur le Professeur Olivier GANRY  
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier  
(Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention)  
Responsable du service d'Epidémiologie, hygiène hospitalière et santé publique  
Pôle "Biologie, pharmacie et santé des populations"*

*Merci de m'honorer de votre présence au sein de mon jury,*

*Soyez assuré de toute mon estime.*

*Monsieur le Professeur Denis CHATELAIN  
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier  
(Anatomie et cytologie pathologique)*

*Vous me faites l'honneur de juger ce travail,*

*Recevez mes profonds remerciements et toute ma gratitude.*

*Monsieur le Docteur Ludovic PETIT*

*Docteur en Médecine*

*(Psychiatrie)*

*Merci pour ton aide et ta disponibilité lors des soirées formations,*

*Et pour avoir apporté à la FMC ta touche de psychiatre !*

*Tu me fais l'honneur d'être présent au sein de mon jury,*

*reçois mes plus sincères remerciements.*

*Monsieur le Docteur Dominique JOURDAIN DE MUIZON*

*Docteur en Médecine*

*(Médecine générale)*

*En acceptant de diriger cette thèse, vous m'avez fait découvrir une partie de la médecine que*

*je ne connaissais pas et que j'espère pouvoir mettre en pratique dans mon activité future.*

*Merci pour votre disponibilité et pour nos échanges très enrichissants.*

*Recevez mes remerciements les plus sincères et toute ma reconnaissance.*

*Madame le Docteur Pauline PIERRE-DUVAL*

*Chef de clinique*

*Département de médecine générale*

*Merci pour ton aide, ta patience et tes précieux conseils tout au long de ce travail de thèse,*

*Mais aussi pour ton écoute et ton soutien en toutes circonstances.*

*Travailler avec toi est un réel plaisir,*

*j'espère que notre collaboration continuera comme elle a commencé : avec sérieux, mais*

*dans la bonne humeur, et en restant fidèles à nos soirées sushis !*

*Sois assurée de ma reconnaissance éternelle.*



## REMERCIEMENTS

*A mes parents,*

*Pour tout ce que vous avez fait pour moi.*

*Vous avez toujours su être là pour me soutenir tout au long de ces longues années d'études,*

*si j'y suis arrivée, c'est en grande partie grâce à vous.*

*A Henri,*

*Pour l'amour et le soutien que tu m'apportes.*

*Tout a commencé alors que nous n'étions que des « bébés docteurs », et nous voilà  
aujourd'hui dans la cour des grands,*

*je suis sûre que nous aurons encore plein de pages à ajouter à notre histoire...*

*A Maxime, ainsi qu'à Flora,*

*Pour ta façon de me distraire lors de mes révisions à la maison, ou encore tes attentions bien  
à toi pour me remonter le moral après mes résultats de partiels !*

*A ma chère BTT,*

*Xavier, Anne-So, Matt, Béré, Pascaline, Louis, Jo, Toto, Cécile, Groguy, Victoria, Yenyen,*

*à toutes nos années passées ensemble, pour certains depuis la P1,*

*à nos journées de stages, nos révisions, nos soirées, nos vacances,*

*et toutes les années à venir...*

*ces années d'études sont chargées de souvenirs mémorables grâce à vous,*

*vous êtes ma deuxième famille et ce j'espère encore pour longtemps...*

**A David,**

*pour ta participation à la FMC ; ta bonne humeur et tes connaissances en informatique sont  
indispensables !*

*Et maintenant, au boulot ! La deuxième partie de la thèse t'attend !*

**Au Docteur Cécile Thiebault,**

*Pour m'avoir accordé votre confiance lors de mes premiers remplacements et pour l'énergie  
que vous avez déployée pour m'aider lors de la FMC à Amiens.*

**A Bérengère,**

*Pour la relecture et ta maîtrise de la langue française !*

**A tous les médecins généralistes ayant participé à la thèse,**

*Pour avoir pris le temps de participer à la FMC et d'avoir répondu aux questionnaires.*

**A mes ex co-internes,**

*Cissé, Fanie, Vaness, Mathieu, Ekoué, Antoine, ainsi qu'à leurs moitiés.*

*Le démarrage dans la vie d'interne s'est fait avec vous, et ce fut un réel plaisir d'avoir  
travaillé à vos côtés.*

*Et merci à tous ceux ayant participé de près ou de loin à ce travail.*

## TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS .....	12
INTRODUCTION.....	13
MATERIEL ET METHODE .....	16
I. Type d'étude.....	16
II. Formation .....	16
III. Population.....	18
IV. Questionnaires (Annexe 1) .....	18
V. Exploitation des résultats .....	19
RESULTATS .....	20
I. Questionnaire pré-formation .....	20
1) Etude descriptive .....	20
2) Etude analytique .....	29
II. Questionnaire post-formation:.....	32
DISCUSSION .....	35
I. Intérêts et limites de l'étude .....	35
1) Points forts.....	35
2) Limites de l'étude .....	36
II. Résultats principaux .....	38
III. Comparaison avec la littérature .....	39
1) Méconnaissance des moyens de prise en charge à disposition des médecins .....	39
2) Carence dans le dépistage du cannabis en médecine générale .....	40
3) Influence de la formation sur la pratique.....	41
4) Amélioration des connaissances des médecins à travers la FMC .....	42
5) Opinion des médecins sur leur rôle dans le dépistage du cannabis .....	42
IV. PERSPECTIVES .....	43
1) Améliorer la formation initiale des médecins généralistes.....	43
2) Impliquer davantage les médecins généralistes dans le dépistage .....	43

3) Revaloriser la prévention.....	44
4) Repérage précoce et intervention brève en consultation .....	45
5) Promouvoir les structures d'aide à la prise en charge .....	46
6) Promouvoir les outils d'aide au repérage d'une consommation problématique .....	48
7) Diffuser des outils pratiques via un site internet .....	49
8) Développer les formations complémentaires sur le cannabis.....	50
CONCLUSION .....	52
BIBLIOGRAPHIE .....	54
ANNEXES .....	58
I. Annexe 1 .....	58
II. Annexe 2 : polycopié remis aux médecins à la fin de la formation .....	64

## **ABREVIATIONS**

CAST : Cannabis Abuse Screening Test

CJC : Consultation Jeunes Consommateurs

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

EPU : Enseignement Post Universitaire

FMC : Formation Médicale Continue

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

MILDECA : Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues Et les Conduites  
Addictives

OFDT : Observatoire français des drogues et des toxicomanies

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Public

THC : Tétrahydrocannabinol

## INTRODUCTION

Le cannabis, ou « chanvre indien », est une plante de la famille des Urticacées, qui produit une sécrétion ou « résine », riche en substances chimiques, parmi lesquelles le tétrahydrocannabinol (THC), à l'origine des effets psychoactifs. Les drogues issues de cette plante se regroupent en trois grands types de préparations : l'herbe (beuh, marijuana, yamba, zamal, etc...), la résine (haschich, shit, etc...) et un dérivé immédiat : l'huile. Le cannabis peut être inhalé ou ingéré : le THC étant très liposoluble, il peut se concentrer dans des matières grasses qui sont ensuite incorporées dans des pâtisseries (« space cakes ») ou des boissons (« bhang ») [1].

Aujourd'hui, le cannabis est la drogue illicite la plus consommée dans le monde. On estime que 2,8 à 4,5% de la population mondiale a consommé au moins une fois du cannabis et la France compte plus de 13 millions de personnes l'ayant déjà expérimenté (dont 1 million de consommateurs réguliers). Il s'agit d'un réel problème de société qui touche tout particulièrement les jeunes : environ 5% des 15 à 25 ans, contre 1% des plus de 25 ans [2]. Les enquêtes nationales, européennes et internationales montrent que la consommation chez les 15-16 ans a fortement augmenté ces dernières années, tant dans l'expérimentation que dans l'usage de cette drogue. En 2011, 39% des 15-16 ans déclaraient avoir déjà fumé du cannabis [3] ; à 17 ans, ils étaient plus d'un tiers à l'avoir expérimenté et 7% à avoir une consommation régulière [4]. Cette augmentation de la consommation à des âges précoces est d'autant plus préoccupante que les recherches montrent clairement les effets très négatifs produits par le cannabis sur le cerveau encore en formation à cette période de la vie [5].

Bien qu'il n'existe pas de dose « mortelle », le cannabis est néanmoins responsable de multiples effets somatiques, notamment sur le plan cardio-vasculaire (augmentation du débit cardiaque lors de la consommation aiguë ; bradycardie, artériopathie, thromboses et spasme artériel, surtout coronaire, en usage régulier) et sur le plan broncho-pulmonaire (hyper-réactivité bronchique et toux en aigu ; bronchite chronique et cancer broncho-pulmonaire lors d'une consommation chronique) [6]. On observe également des cancers ORL et testiculaires, des troubles digestifs, hépatiques ou encore métaboliques [1]. Sur le plan psychique, on observe aussi des troubles qui sont d'autant plus sévères que l'usage est précoce : troubles cognitifs (mémoire et attention), troubles de l'humeur (syndrome dépressif), troubles anxieux, syndrome amotivationnel, troubles du sommeil ou encore des conduites alimentaires (action orexigène). Il existe également un lien entre consommation de cannabis et manifestations

psychotiques durables : ce risque accru est significatif dès la consommation d'un joint par semaine et il est supérieur pour les consommateurs les plus jeunes (avant 15 ans).

Le dépistage du cannabis est donc fondé, compte tenu de ses effets délétères sur la santé du consommateur. Pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la recherche d'une consommation de cannabis au sein de la population jeune représente un enjeu de santé publique, du fait de ses conséquences sanitaires et sociales, particulièrement en cas d'expérimentation précoce [2].

C'est pourquoi le médecin généraliste a un rôle prépondérant. En effet, son activité comprend la promotion de la santé, la prestation des soins mais aussi la prévention des maladies. Par son travail de prévention, il peut amoindrir, voire éviter ces dommages en informant ses patients et en les interrogeant quant à leurs pratiques éventuelles : poser la question du cannabis, c'est proposer au patient de réfléchir à une conduite à risque [6]. Le médecin généraliste, professionnel de santé le plus consulté par les adolescents (79,2%) [2], est l'interlocuteur privilégié pour instaurer avec les jeunes un dialogue autour d'un cannabis, d'autant plus que ces derniers ne voient pas forcément leurs consommations comme un problème.

Lorsque le médecin retrouve une consommation, il peut ensuite l'évaluer, en recherchant certains facteurs de risque (modalités et contexte de consommation, contexte psychique et social, fonction prise par le cannabis, etc...) [6], ou en utilisant des outils spécifiques, facilement utilisables lors d'une consultation, tel que le Cannabis Abuse Screening Test (CAST) par exemple [7].

Malgré leur rôle majeur en matière de prévention et de dépistage, les médecins généralistes sont peu enclins à aborder la question : selon un rapport de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), ils ne sont que 11% à estimer devoir jouer un rôle de repérage et seulement 8% posent systématiquement la question du cannabis, alors que les deux tiers recherchent une consommation de tabac au moins une fois chez tous leurs patients [2]. Une thèse de Reims en 2009, portant sur 239 médecins généralistes de la Marne, montrait que seulement 10% des médecins interrogés effectuaient un dépistage systématique chez leurs patients, alors qu'ils étaient une majorité à avoir déjà été confrontés au problème du cannabis; ils évoquaient aussi un manque de formation et la formation médicale continue (FMC) apparaissait selon eux comme un bon moyen d'améliorer leurs connaissances [8].

Devant ce constat, on peut se demander comment se positionnent les médecins généralistes picards en matière de dépistage de la consommation de cannabis. En effet, en 2011, 36,4% des adolescents picards de 17 ans déclaraient avoir déjà consommé du cannabis au cours de

leur vie [9], et 5,7% de cette tranche d'âge en avait un usage régulier (au moins 10 fois par mois), avec un risque plus élevé d'usage problématique, voire de dépendance.

Face au manque de formation souvent évoqué par les médecins dans les différentes études et la proportion non négligeable de jeunes consommateurs en Picardie, nous avons voulu évaluer les connaissances et les pratiques des médecins généralistes picards présents à une formation, en matière de dépistage de la consommation de cannabis chez leurs patients de 15 à 25 ans. Les objectifs secondaires étaient de leur apporter des outils pratiques pour les aider dans cette démarche par le biais d'une formation, mais également de déterminer si les vidéos et le site internet à destination des médecins généralistes étaient des outils adaptés et utiles pour leur pratique quotidienne.



# MATERIEL ET METHODE

## **I. Type d'étude**

Nous avons réalisé une étude descriptive transversale, puis une étude analytique, basée sur une enquête déclarative auprès de médecins généralistes participant à une formation portant sur le dépistage de la consommation de cannabis chez les jeunes de 15 à 25 ans.

## **II. Formation**

La présentation réalisée pour des médecins généralistes, avait pour thème : le dépistage du cannabis en médecine générale. Le but était de leur faire prendre conscience que la recherche d'une consommation de cannabis est tout à fait réalisable lors de consultation tout venant et de leur montrer comment aborder le sujet avec leurs jeunes patients.

Elle a été élaborée à l'aide de vidéos de cas cliniques issues du site [intervenir-addiction.fr](http://intervenir-addiction.fr), qui venait d'être mis en ligne au moment où la seconde formation a eu lieu. Ces vidéos nous ont été fournies par la Fédération Addiction [10].

Elle était animée par deux internes de médecine générale dont moi-même, avec l'appui de l'un de mes directeurs de thèse, médecin généraliste formé en addictologie et consultant dans un Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), et d'un psychiatre addictologue installé à Amiens.

La présentation était faite sous forme d'un diaporama d'environ une heure et était divisée en trois parties :

- La première partie comportait des rappels sur le cannabis, des chiffres sur la consommation chez les jeunes et notait l'importance du rôle de prévention du médecin généraliste.
  
- La deuxième partie comprenait trois vidéos de situations courantes en médecine générale, découpées de façon à faire réagir les participants.
  - ⇒ 1<sup>er</sup> cas clinique : le mal de gorge. La vidéo montrait comment repérer une éventuelle demande masquée, ou comment aborder la question face à des symptômes atypiques.
  
  - ⇒ 2<sup>ème</sup> cas clinique : le certificat de sport. La vidéo montrait comment aborder la question du cannabis avec un adolescent en bonne santé, qui ne vient pas pour cela.
  
  - ⇒ 3<sup>ème</sup> cas clinique : l'adolescente amenée par ses parents. La vidéo montrait comment aborder la situation de la demande par un tiers, avec ici le cas de la demande d'un test de dépistage urinaire par la mère et comment gérer la présence des parents en consultation.
  
- La dernière partie présentait des pistes pour orienter les médecins généralistes face à un jeune patient qui consomme du cannabis, avec les critères de gravité à rechercher, les outils d'aide au repérage d'une consommation problématique, la présentation des centres d'aide et de prise en charge ainsi que leurs coordonnées, et enfin la présentation du site internet [intervenir-addiction.fr](http://intervenir-addiction.fr).

### **III. Population**

Nous avons interrogé des médecins généralistes picards assistant à la formation.

Deux soirées de formation ont été ainsi organisées : la première a eu lieu le 16 septembre 2014 à La Fère (Aisne) et la seconde le 27 novembre 2014 à Amiens (Somme).

La première soirée s'est intégrée dans un programme d'Enseignement Post-Universitaire (EPU).

Les intervenants et moi-même avons organisé nous-même la seconde formation. Pour cela, nous avons contacté directement des médecins afin de les inviter. Nous avons réalisé un tirage au sort parmi les médecins généralistes de la Somme recensés dans les pages jaunes. Ils étaient d'abord contactés par téléphone, puis, s'ils étaient intéressés par la formation, un mail d'invitation leur était envoyé. Dans le mail étaient précisés le thème de la soirée, les noms des intervenants, la date et le lieu, nos coordonnées afin de recevoir leurs réponses. Une note les informait que la formation servirait de support à un travail de thèse. Nous leur avons également proposé d'en parler à leurs associés et à leurs remplaçants, afin de recruter davantage de participants. Cette soirée n'était pas financée par un laboratoire.

### **IV. Questionnaires (Annexe 1)**

Deux questionnaires étaient distribués aux médecins présents au cours de la soirée de formation.

Le premier leur était remis au début de la soirée. Il devait être rempli et rendu avant le début de la présentation. Le second était distribué à la fin de la présentation et devait être rendu une fois complété le jour même.

Le premier questionnaire comprenait 21 questions et était divisé en trois parties :

- Les six premières questions portaient sur les caractéristiques socio-démographiques des médecins interrogés.
- Une partie permettait d'explorer leurs connaissances en matière de dépistage d'une consommation de cannabis (pourcentage d'adolescents picards ayant expérimenté le cannabis, connaissance d'outils, de centres spécialisés, etc...)
- Les dernières questions s'intéressaient à leurs pratiques : recherche de la consommation de cannabis, utilisation de documentation et d'outils spécifiques, travail avec des confrères addictologues, avis quant à leur rôle dans le dépistage du cannabis, motifs pour aborder le sujet en consultation et freins à la recherche de la consommation.

Le second questionnaire comptait treize questions et permettait de recueillir leurs impressions sur la formation, évaluer son utilité pour leur pratique quotidienne et leur motivation à dépister la consommation de cannabis.

## V. Exploitation des résultats

Les données ont été insérées manuellement dans le logiciel Excel. Pour l'étude analytique, le test statistique utilisé était le test exact de Fisher en raison du faible nombre de médecins. Ce test a été réalisé grâce au site internet BiostaTGV [11].

## RESULTATS

35 médecins généralistes et remplaçants ont participé à la formation. Dans le groupe d'EPU à Chauny le 16 septembre, 8 médecins généralistes ont rempli les questionnaires. Pour la formation du 27 novembre à Amiens, nous avons contacté 80 médecins généralistes parmi les 868 exerçant dans la Somme [12]; il y a eu 27 participants.

### I. Questionnaire pré-formation

#### 1) Etude descriptive

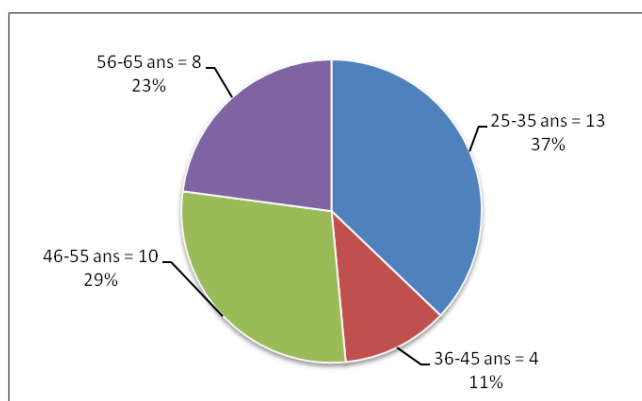
##### A) Caractéristiques de la population :

##### a) Répartition selon le sexe

Sur les 35 médecins de notre échantillon, il y avait 21 hommes et 14 femmes.

##### b) Age des médecins

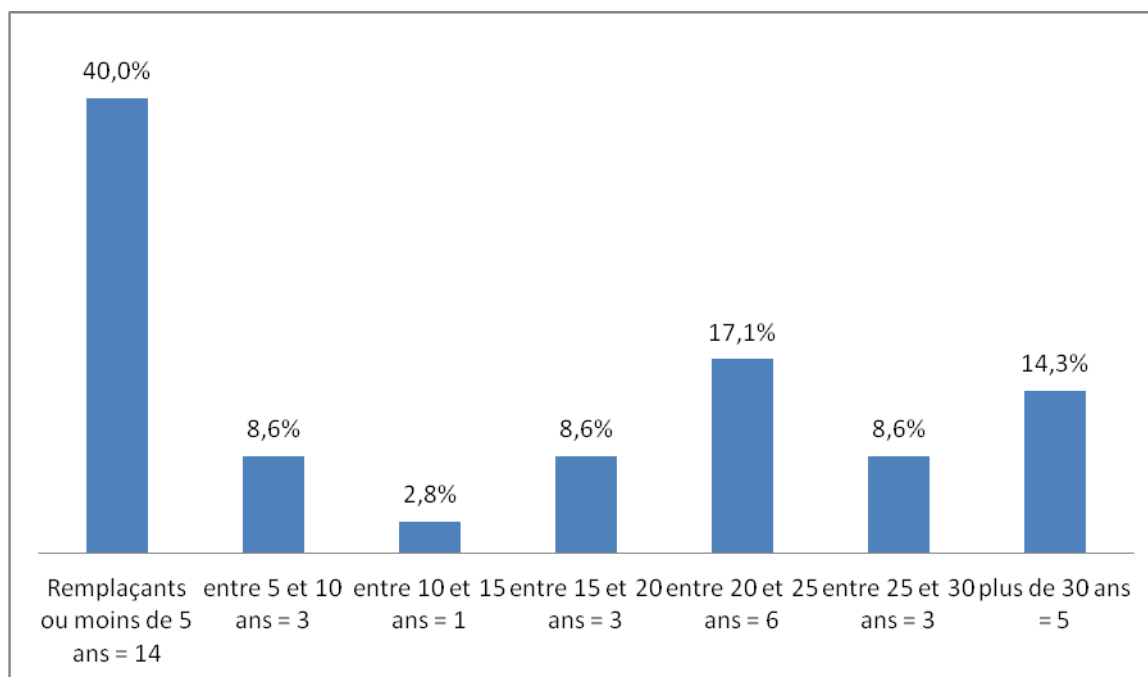
La majorité avait entre 25 et 35 ans (37,1%). La moyenne d'âge était de 44,4 ans (écart type 28-65).



**Figure 1 : Répartition des médecins selon l'âge.**

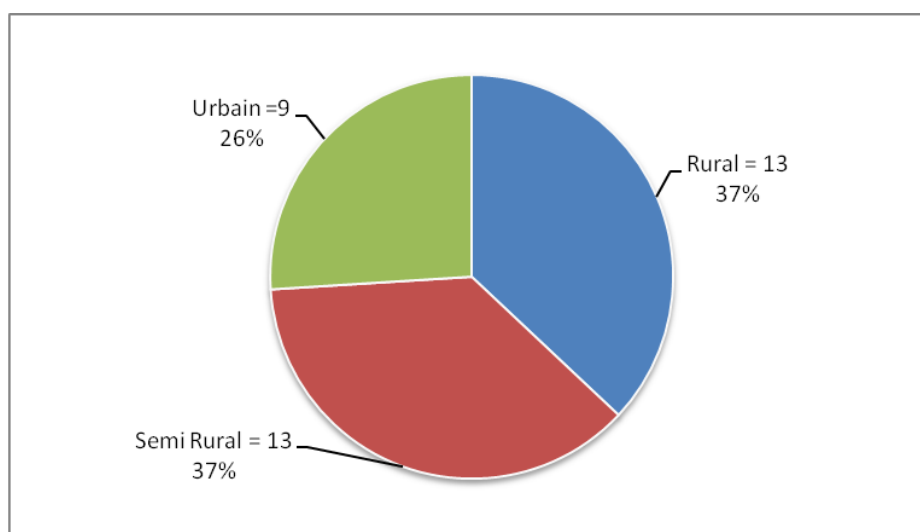
c) *Nombre d'années d'installation*

La plupart des médecins étaient remplaçants ou installés depuis moins de 5 ans.



**Figure 2 Ancienneté d'installation des médecins de l'échantillon.**

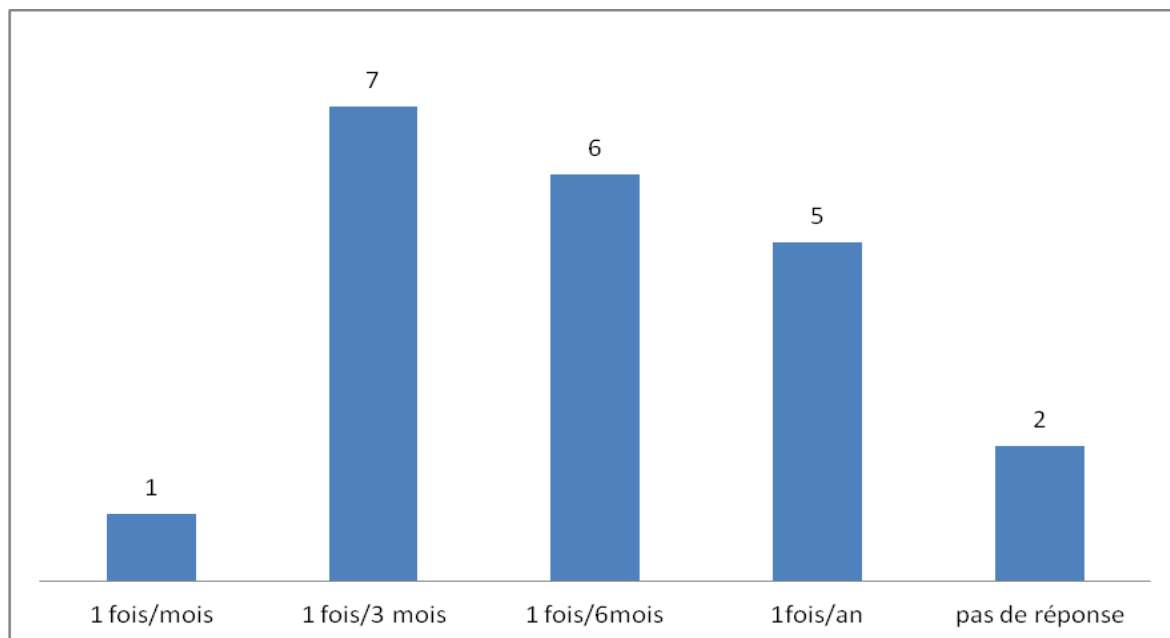
d) *Lieu d'exercice*



**Figure 3 : Lieu d'exercice des médecins de l'échantillon.**

e) Médecins sollicités sur la question du cannabis

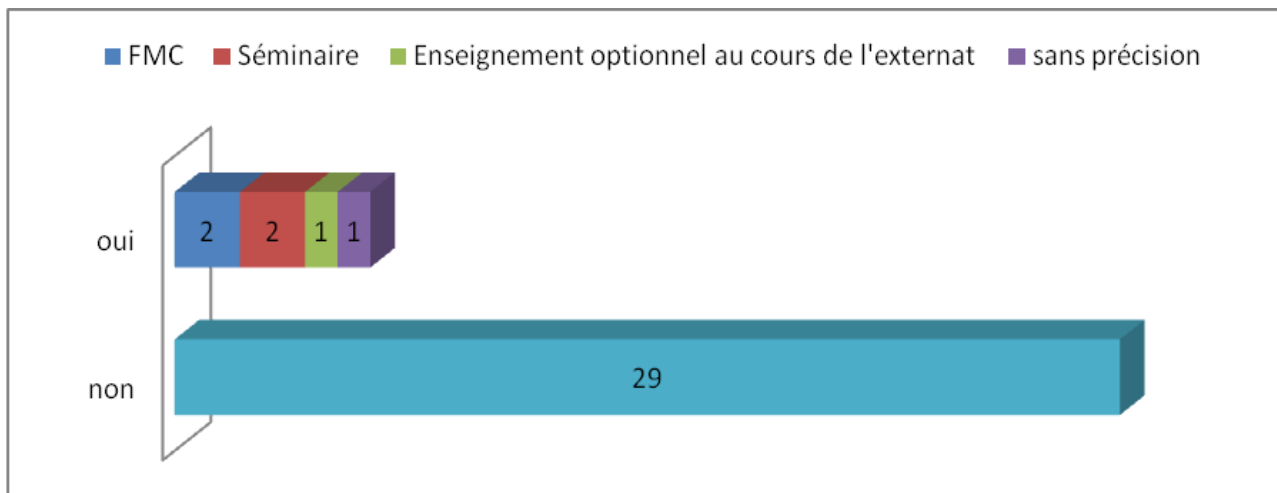
60% (n=21/35) des médecins présents déclaraient avoir été sollicités sur la question du cannabis au cours des 12 derniers mois, et pour la plupart 1 fois tous les 3 mois.



**Figure 4 : Fréquence de la demande chez les médecins sollicités sur la question du cannabis.**

f) *Formation antérieure sur le cannabis*

83% (n=29/35) des médecins présents n'avaient jamais reçu de formation sur le cannabis. Les types de formations reçues par les autres médecins sont précisés dans la figure 5.



**Figure 5 : Formation reçue sur le cannabis par les médecins de l'échantillon.**

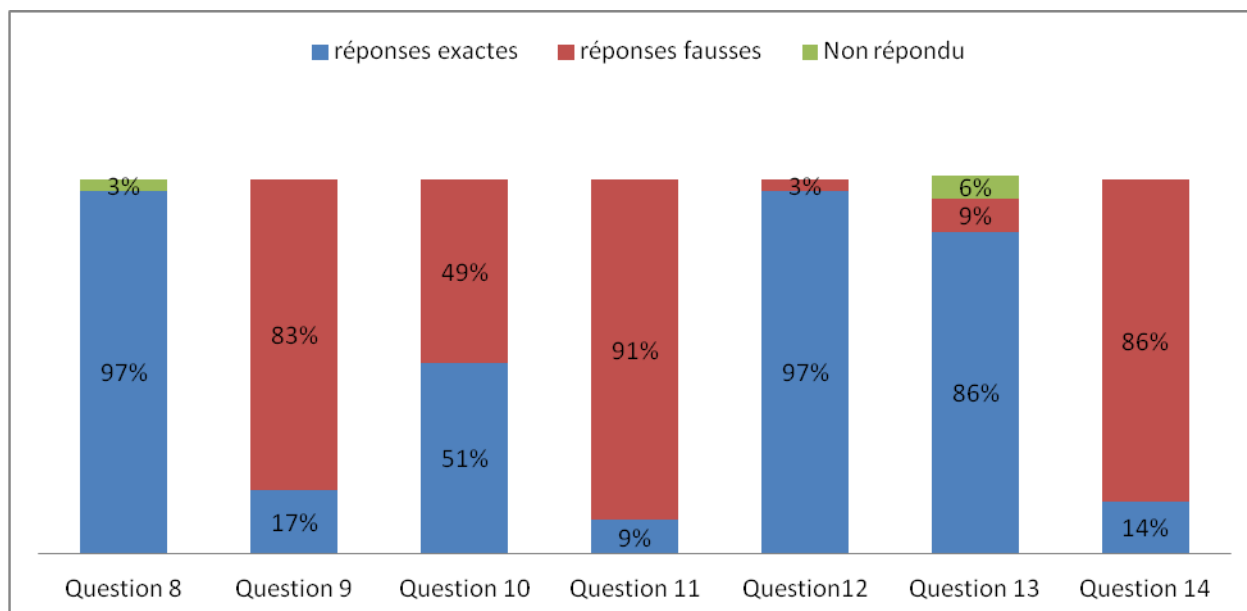
g) *Consultation du site internet avant la soirée de formation*

34% (n=12/35) ont consulté le site internet mentionné dans l'invitation.



## B) Evaluation des connaissances :

7 questions permettaient d'évaluer les connaissances des médecins à propos du cannabis (Annexe 1).

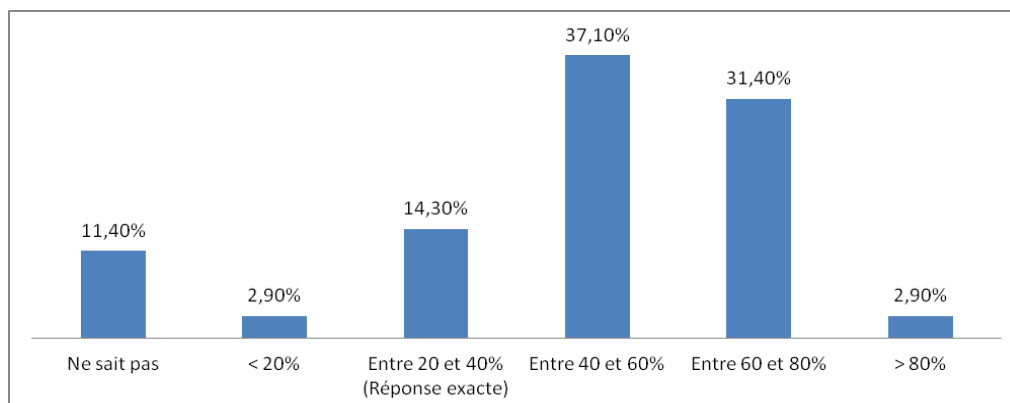


**Figure 6 : Réponses aux questions sur les connaissances au sujet du cannabis.**

Les questions 8, 12 et 13 portaient sur les risques de la consommation de cannabis : les médecins y ont en majorité bien répondu.

Les questions 9,10 et 11 portaient sur la pratique : on note que la majorité des médecins ne connaissaient pas les outils d'aide au dépistage (question 9), la moitié connaissaient les Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) (question 10), en revanche, ils étaient très peu à connaître les Consultations Jeunes Consommateurs (CJC) (question 11).

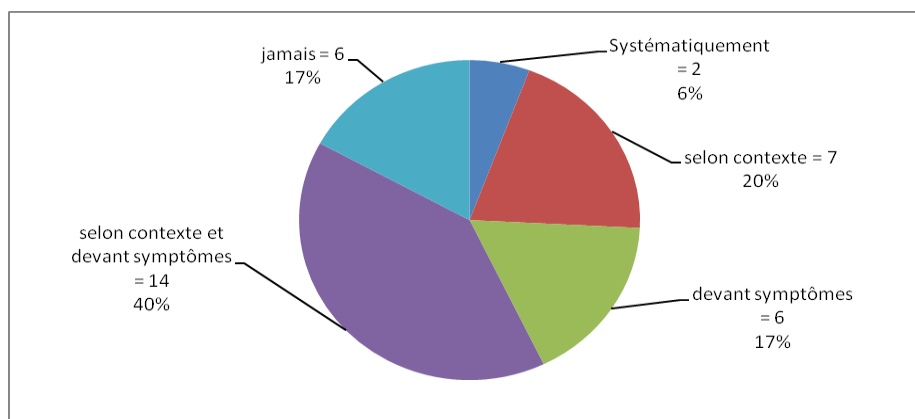
En ce qui concerne la proportion d'adolescents picards de 17 ans ayant déjà expérimenté le cannabis (question 14), la majorité des médecins ont eu tendance à la surestimer, comme le montre la figure 7.



**Figure 7 : Réponses à la question portant sur la proportion d'adolescents picards de 17 ans ayant déjà expérimenté le cannabis.**

C) Evaluation des pratiques :

a) *Recherche de la consommation de cannabis chez leurs patients de 15-25 ans*



**Figure 8 : Recherche de la consommation de cannabis chez les 15-25 ans par les médecins de notre échantillon.**

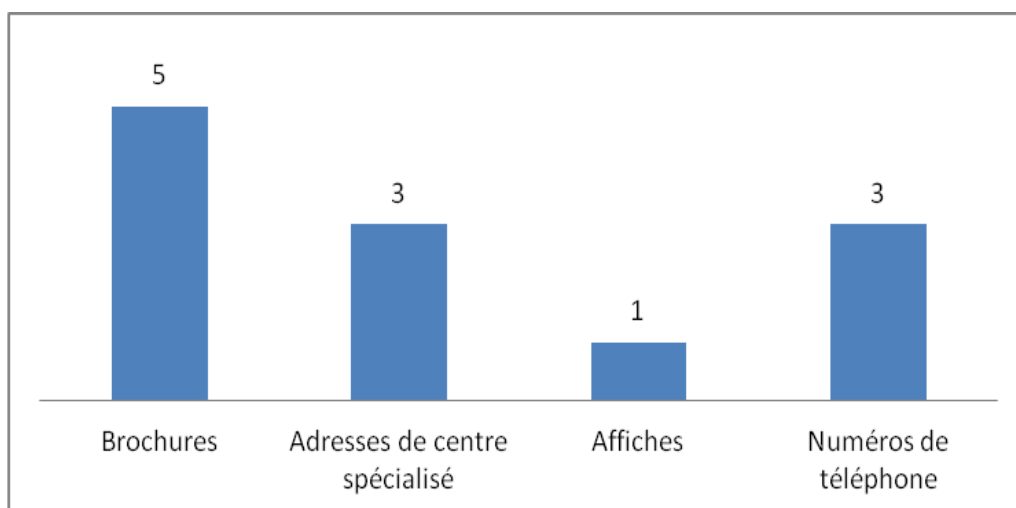
83% des médecins (n=29/35) déclaraient rechercher une consommation de cannabis chez leurs patients de 15 à 25 ans lors de leurs consultations et majoritairement devant un contexte particulier et/ou certains symptômes.

*b) Utilisation d'outils d'aide au repérage d'une consommation problématique*

Aucun des médecins interrogés n'utilisait d'outils d'aide au repérage d'une consommation de cannabis.

*c) Utilisation de documents à disposition des patients*

23% des médecins (n=8/35) utilisaient de la documentation pour leurs patients et les brochures étaient les supports les plus utilisés.



**Figure 9 : Documentation utilisée par les médecins.**

*d) Envoi de patients à des confrères spécialisés*

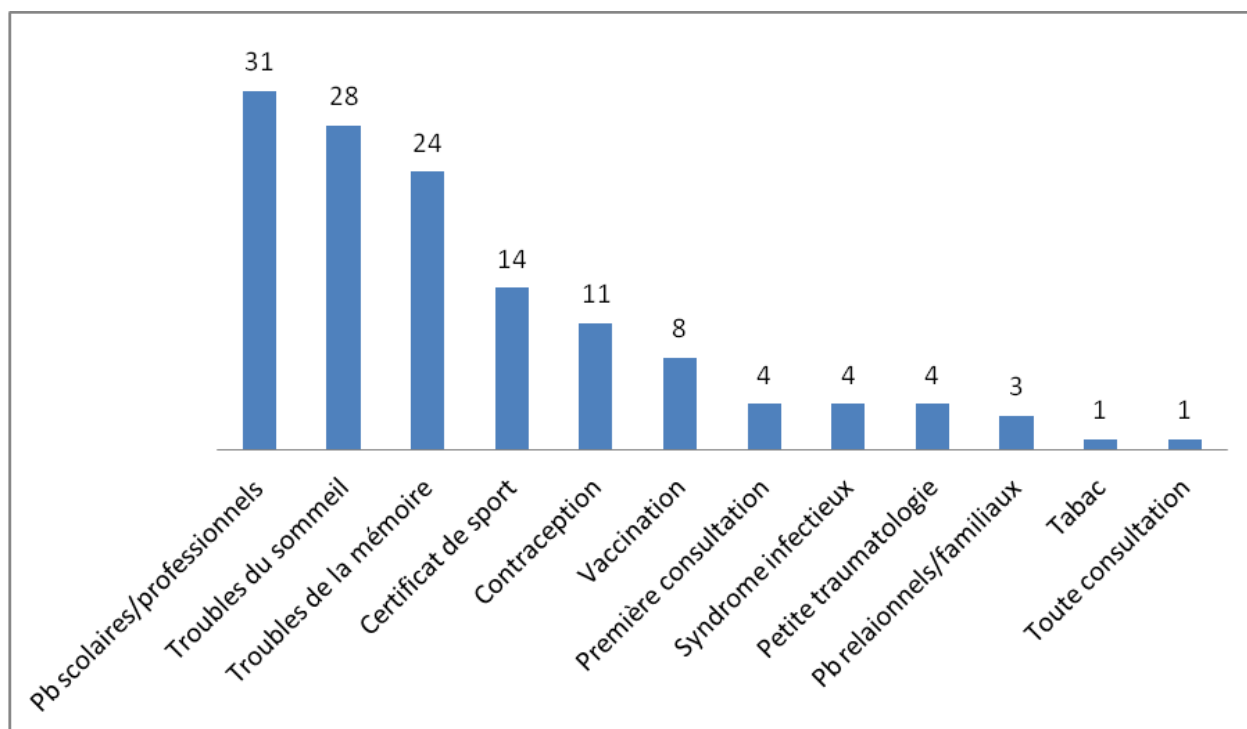
Au cours des 12 derniers mois, 17% des médecins (n=6/35) avaient adressé un patient à un confrère ou à un centre spécialisé ; pour ces médecins le nombre de patients adressés était inférieur à 5.

e) *Dépistage du cannabis : rôle du médecin généraliste ?*

74% des médecins (n=26/35) pensaient que le dépistage systématique du cannabis chez les 15-25 ans faisait parti de leur rôle.

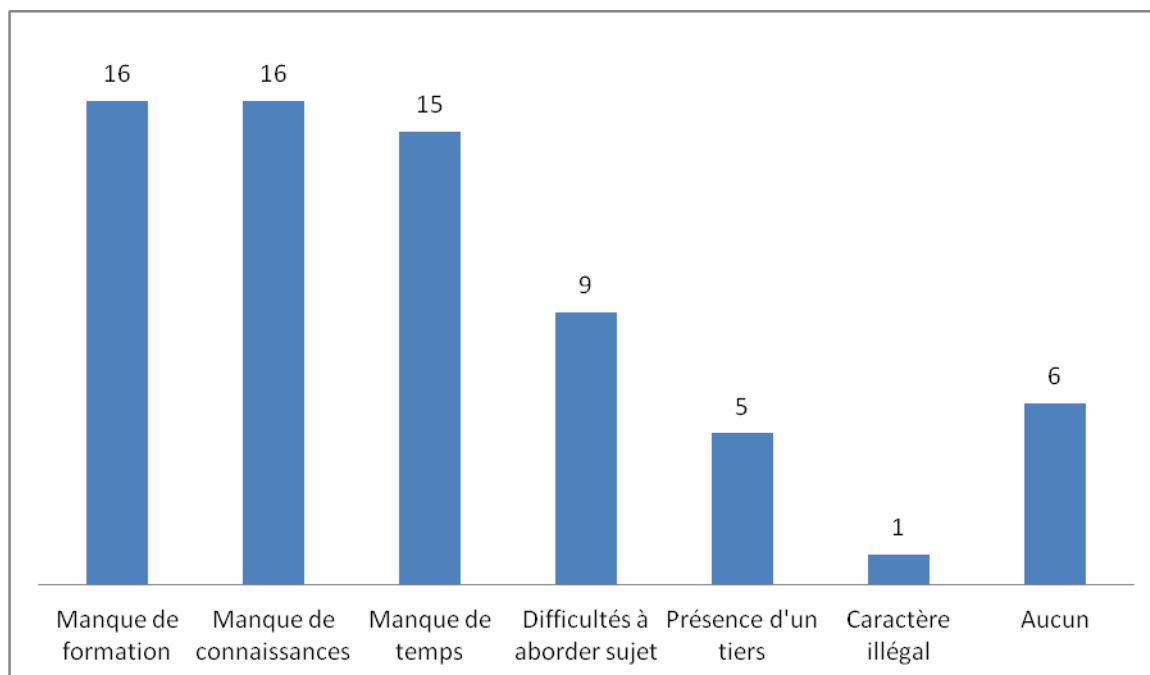
f) *Motifs de consultations permettant d'aborder la question du cannabis*

La plupart des médecins présents pensaient que les problèmes scolaires ou professionnels, ainsi que les troubles du sommeil et de la mémoire, étaient des motifs de consultation qui permettaient d'aborder plus facilement la question du cannabis.



**Figure 10 : Motifs propices de consultation pour aborder la question du cannabis chez les 15-25 ans.**

*g) Freins pour aborder la question*

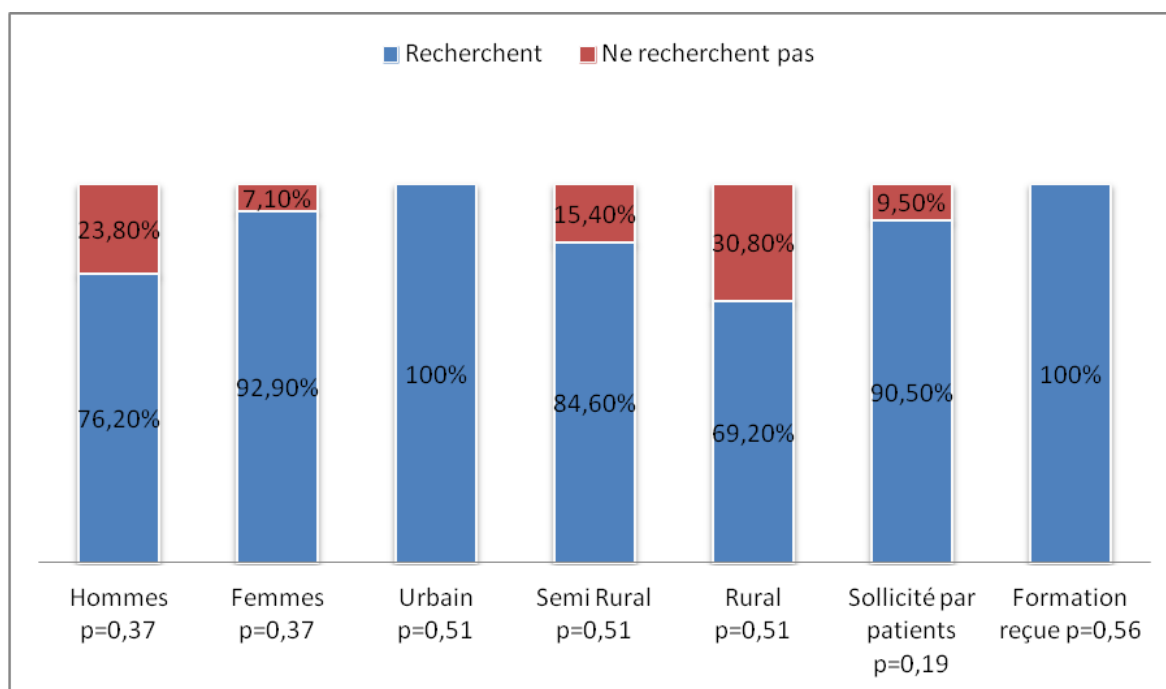


**Figure 11: Freins pour aborder la question du cannabis en consultation.**

## 2) Etude analytique

Dans notre étude, nous avons considéré que la significativité était atteinte pour  $p=0,05$ .

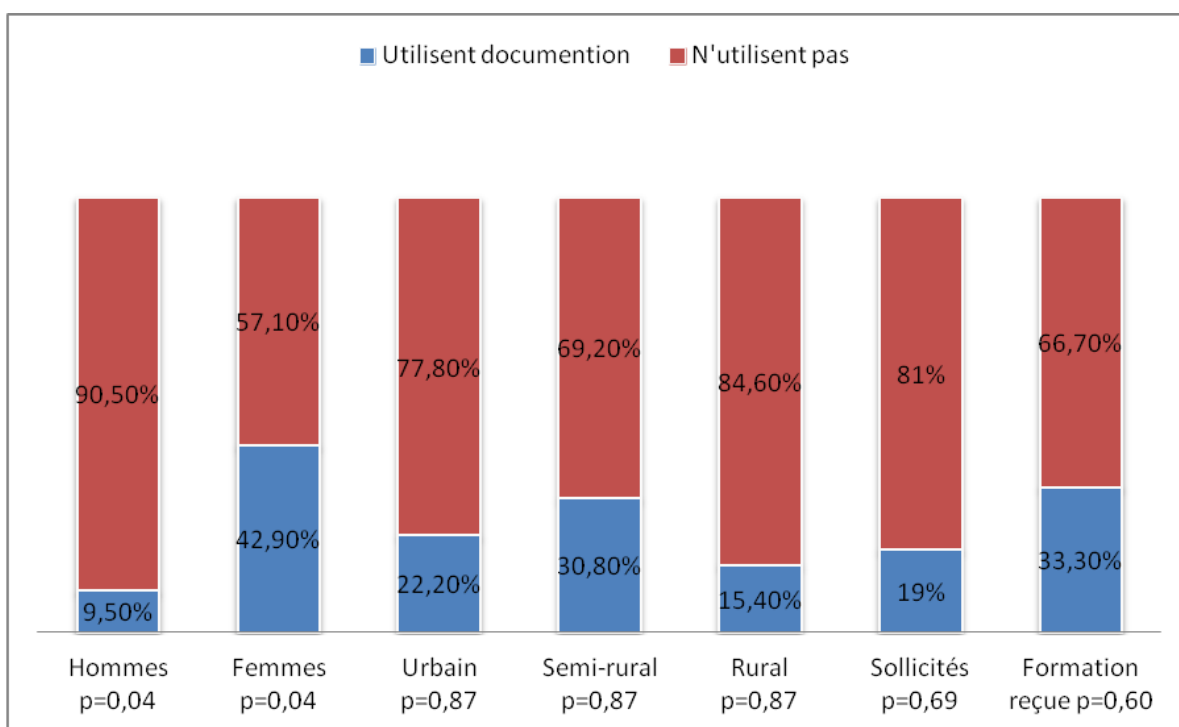
### A) Etat de la recherche de la consommation de cannabis en consultation



**Figure 12 : Recherche d'une consommation de cannabis en fonction des caractéristiques socio-démographiques des médecins.**

On note ici, de façon non significative ( $p=0,37$ ), que les femmes recherchent plus souvent une consommation, de même que les médecins exerçant en milieu urbain. Aussi, les médecins ayant déjà été sensibilisés à la question du cannabis, que ce soit par une demande de leurs patients ou par une formation, recherchent davantage une consommation que leurs confrères.

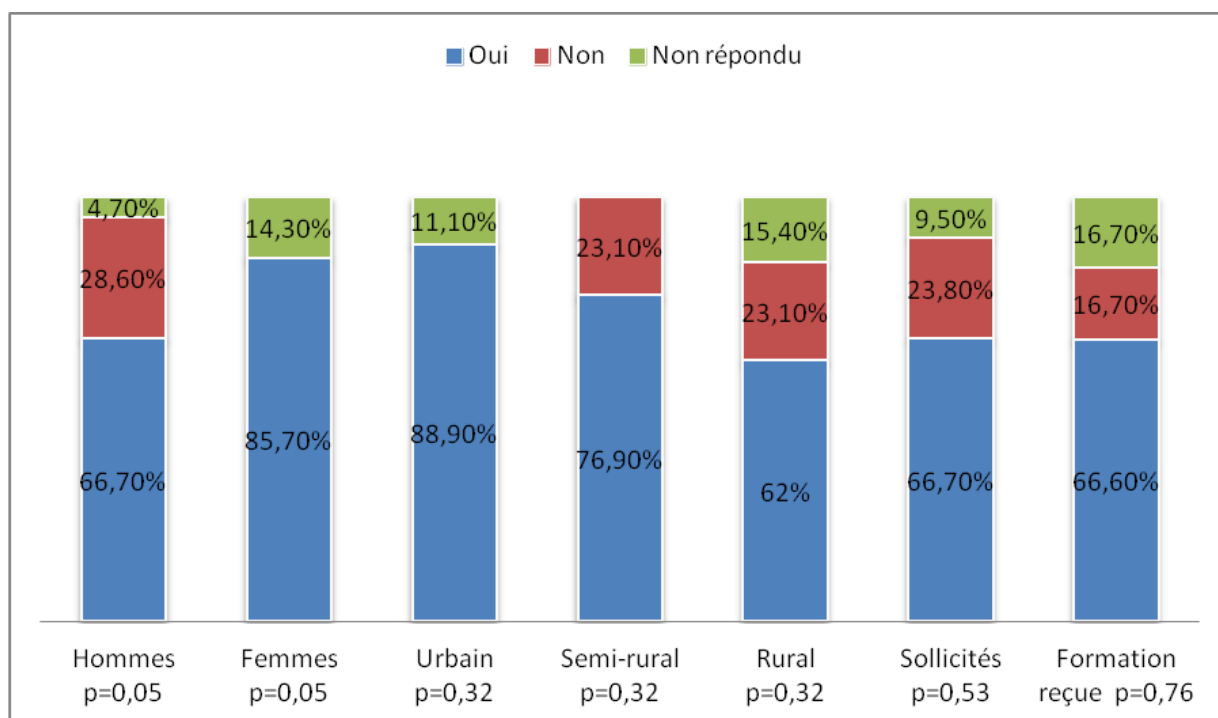
## B) Etat de l'utilisation de documentation à l'attention des patients



**Figure 13 : Utilisation de documentation en fonction des caractéristiques socio-démographiques des médecins.**

En comparant ces deux groupes, nous avons pu noter, de façon significative ( $p=0,04$ ), une utilisation plus fréquente de la documentation chez les femmes que chez les hommes. Par contre, mais de façon non significative, il s'est avéré que les médecins, déjà sollicités par leurs patients ou ayant suivi une formation, n'avaient pas une utilisation différente de cette documentation.

C) Etat de l'opinion des médecins quant à leur rôle dans le dépistage du cannabis



**Figure 14 : Opinions sur le rôle du médecin généraliste dans le dépistage de la consommation de cannabis en fonction des caractéristiques socio-démographiques des médecins.**

On note ici de manière significative ( $p=0,05$ ) que les femmes voient davantage le dépistage du cannabis chez les jeunes patients comme faisant partie de leur rôle. Il en va de même pour les médecins exerçant en milieu urbain, mais de façon non significative ( $p=0,32$ ). En revanche, les médecins qui ont déjà bénéficié d'une formation à ce sujet estiment que le dépistage ne fait pas forcément partie de leurs attributions.



## II. Questionnaire post-formation:

### A) Apport de la formation sur les connaissances et les pratiques des médecins présents

#### a) *Acquisition de connaissances*

Tous les médecins présents ont affirmé avoir acquis des connaissances au cours de la formation.

#### b) *Recherche systématique d'une consommation de cannabis*

68,8% des médecins (n=24/35) se sentaient capables après la formation de rechercher systématiquement une consommation de cannabis chez leurs patients de 15 à 25 ans.

#### c) *Démarche chronophage*

40% des médecins (n=14/35) estimaient que la recherche systématique du cannabis n'était pas chronophage.

#### d) *CAST*

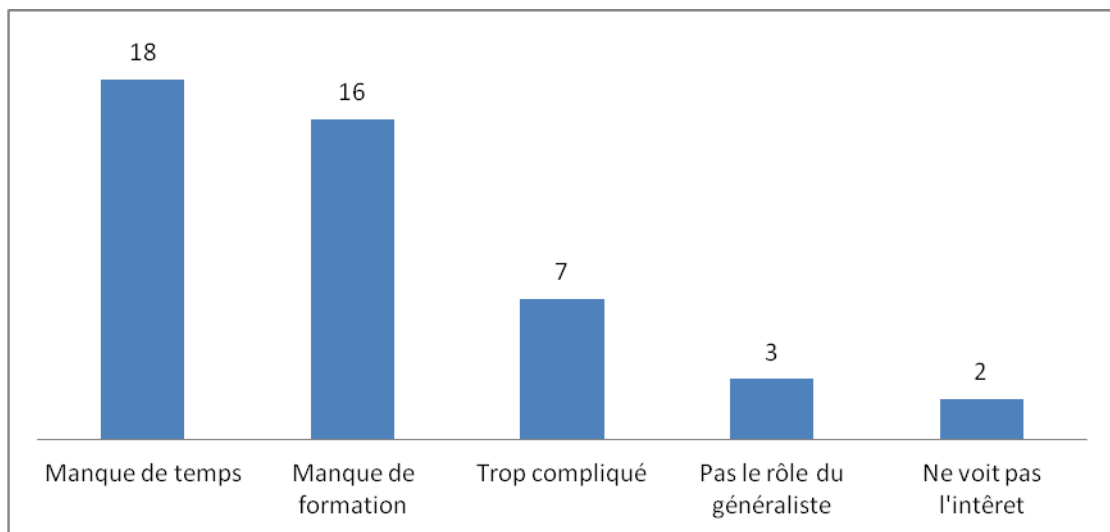
77,1% des médecins (n=27/35) estimaient pouvoir intégrer le « CAST » à leurs consultations et 71,4% (n=25/35) pensaient l'utiliser.

*e) Documentation*

94,3% des médecins (n=33/35) avaient l'intention de remettre de la documentation à leurs patients et 91,4% (n=32/35) jugeaient intéressant de pouvoir télécharger gratuitement de la documentation ou des outils.

*f) Entretien motivationnel*

68,6% des médecins (n=24/35) n'imaginaient pas pouvoir intégrer l'entretien motivationnel à leurs consultations et les principales raisons évoquées étaient le manque de temps et de formation.



**Figure 15: Obstacles évoqués par les médecins à utiliser l'entretien motivationnel.**

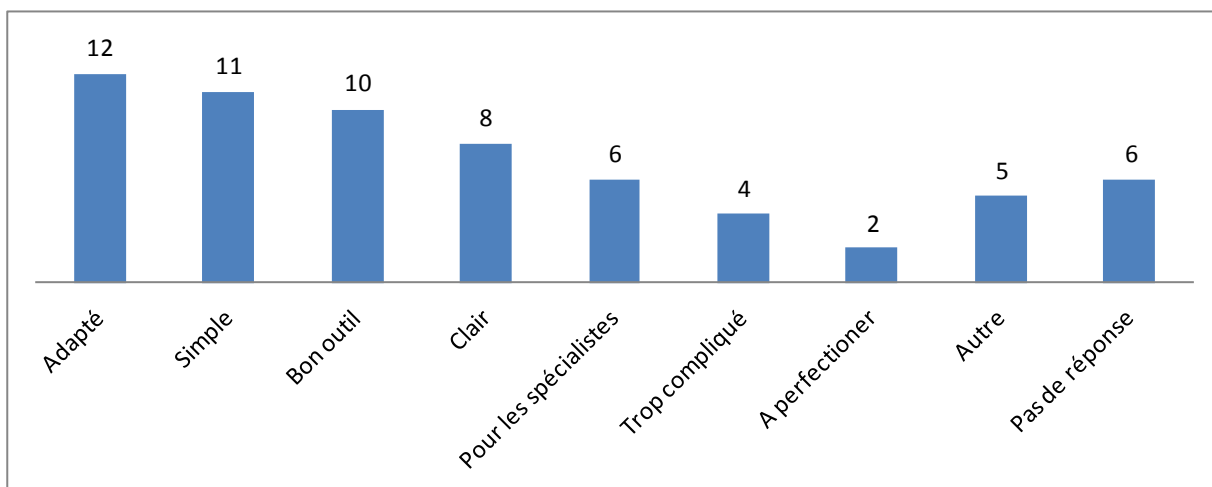
**B) Analyse de la Formation**

*a) Formation adaptée à la médecine générale ?*

Tous les médecins présents ont estimé que la formation était adaptée à la médecine générale et que le support vidéo l'était également.

*b) Avis sur le site internet*

En ce qui concerne la présentation du site internet [www.intervenir-addictions.fr](http://www.intervenir-addictions.fr), 34,3% des médecins (n=12/35) ont pensé qu'il était adapté à la médecine générale.



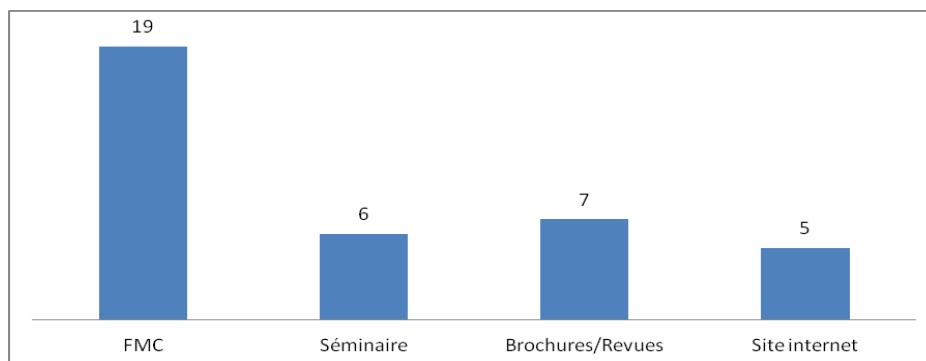
**Figure 16 : Opinion des médecins sur le site internet intervenir-addictions.**

Pour ceux ayant coché « autre », ils notaient une interface à améliorer, notamment pour les smartphones, mais aussi un aspect un peu trop hospitalier ou pas assez ludique du site.

88,6% des médecins (n=31/35) étaient d'avis que le site pouvait les aider dans leur pratique.

*c) Autres formations*

29 médecins souhaitaient bénéficier d'autres formations sur le sujet.



**Figure 17 : Types de formations souhaitées.**

## I. Intérêts et limites de l'étude

### 1) Points forts

Différentes études ont montré, comme la thèse de Reims [8], que les médecins déplorent un manque de formation. L'intérêt de notre travail reposait sur le fait que notre étude ne se limitait pas à un questionnaire ou à des entretiens, mais intégrait une formation élaborée spécialement dans ce cadre. De fait, il ne s'agissait pas uniquement d'interroger les médecins, mais de tenter de leur apporter une aide pour leur pratique.

Initialement, certains médecins trouvaient le thème de la formation peu attractif. Cependant, à l'issue de la formation qu'ils ont jugée intéressante, ces derniers se sont félicités d'y avoir participé. Il y a eu une bonne participation durant la FMC, avec des interactions intéressantes entre les participants.

La formation a permis de leur apporter des outils qu'ils ne connaissaient pas et de leur présenter un nouveau site internet. Les vidéos utilisées pour la formation en étaient issues. Ce site, intitulé [intervenir-addiction.fr](http://intervenir-addiction.fr) [13], est un portail à destination des médecins. Il a pour objectif de leur apporter une aide dans leurs démarches auprès de leurs patients, en matière d'addictologie. Ils ont pu retrouver une partie de ces outils dans un polycopié qui leur était remis en fin de présentation (Annexe 2).

Tous les médecins présents ont rempli correctement les deux questionnaires : aucun n'a été exclu. Les réponses recueillies nous ont permis d'avoir un retour sur la présentation, sur les vidéos de cas cliniques, et sur le site internet [intervenir-addictions.fr](http://intervenir-addictions.fr). L'un de mes directeurs de thèse qui fait partie de la Fédération Addiction, pourra leur transmettre les résultats de notre travail. Ainsi, les remarques que les médecins ont pu formuler pourront être prises en compte pour améliorer le site et les vidéos.

Tous les participants ont semblé satisfaits de la présentation, qu'ils ont jugée adaptée à la médecine générale. Le support vidéo a également été considéré comme approprié. Nous avons eu par la suite des retours positifs sur la formation : impressions recueillies immédiatement après la présentation ou par mails quelques jours plus tard. Des médecins m'ont recontactée

par la suite afin d'obtenir les coordonnées des intervenants, pour envisager éventuellement d'autres formations sur le sujet.

Les soirées de formation n'étant pas financées par un laboratoire, il n'y avait pas de conflit d'intérêt.

## **2) Limites de l'étude**

### **A) Faible taux de participants**

Seuls 35 médecins généralistes ont participé aux deux soirées de formation. Ce faible taux s'explique par plusieurs raisons.

Initialement, nous avons souhaité intégrer notre formation à un programme d'un, voire plusieurs EPU. Les médecins de ces EPU auraient constitué notre population d'étude. Idéalement, nous aurions voulu organiser trois soirées de formation : dans la Somme, dans l'Aisne et dans l'Oise. Ainsi, les trois départements picards auraient été représentés dans notre échantillon et auraient pu être comparés. Malheureusement, les responsables des EPU contactés n'étaient pas intéressés, ou n'ont pas répondu. Grâce à l'un de mes directeurs de thèse, nous avons tout de même pu intégrer notre présentation au programme de l'EPU de Chauny.

Sur la vingtaine de participants lors de la soirée de formation à La Fère, il n'y avait que 8 médecins généralistes. En effet, l'EPU de Chauny ne comptait pas uniquement des médecins généralistes, mais également des médecins spécialistes (cardiologue, pneumologue, diabétologue, gynécologue), hospitaliers et pharmaciens. Nous avons donc décidé d'organiser une seconde soirée de formation, afin d'avoir plus de participants.

Nous avons fait le choix d'organiser notre seconde soirée de formation à Amiens, pour des raisons organisationnelles, et afin de recruter davantage de participants. Nous avons limité à 30 le nombre de participants, faute de place et pour raison budgétaire. Nous nous sommes alors heurtés à la difficulté de faire venir les médecins à notre formation. Sur les 80 médecins de la Somme contactés, nous n'avons eu que très peu de réponses positives ; quand nous réussissions à leur parler directement, la réponse était souvent négative et bien souvent, nous n'avons pu parler qu'à la secrétaire qui prenait le message, mais nous n'étions pas rappelés.

Nous avons pourtant pris le soin de joindre directement les médecins par téléphone, et non pas par mails ou courriers, qui risquaient de ne pas être lus.

#### B) Biais de sélection

Devant le faible nombre de réponses positives, nous avons alors incité les médecins intéressés à faire fonctionner le bouche à oreille, avec leurs associés ou leurs connaissances, mais également avec leurs remplaçants. Notre population n'était plus constituée au hasard, mais était plutôt faite de médecins qui semblaient intéressés par le thème de la formation. Nous avons également accepté les remplaçants, même si, à l'origine, le questionnaire s'adressait uniquement à des médecins installés. Neuf remplaçants ont donc participé à la seconde formation. Ils étaient tous remplaçants réguliers au sein d'un cabinet.

#### C) Biais de mesure

Les questionnaires étaient initialement destinés à des médecins généralistes installés, et non à des médecins remplaçants. Or à la question sur le nombre d'années d'installation, il n'y avait pas la possibilité de cocher « médecin remplaçant ». Ainsi, pour l'analyse des résultats, il n'a pas été possible de différencier les remplaçants des médecins installés, ce qui aurait pu être intéressant.

#### D) Questionnaire

Deux questionnaires ont été distribués aux médecins présents à la formation. Ils étaient dissociés de façon à ce que les médecins ne modifient pas leurs réponses sur le premier questionnaire suite à la présentation, et qu'ils ne répondent pas aux questions du second avant la fin de la formation. Les caractéristiques socio-démographiques se trouvaient dans le premier questionnaire, et comme les questionnaires étaient anonymes, il n'a pas été possible de réaliser une étude analytique pour le questionnaire post-formation.

## E) Résultats

Lors de l'étude analytique, deux résultats seulement étaient significatifs. Cela s'explique par l'effectif trop faible. Cependant, le but de notre étude était surtout d'apporter des outils pratiques aux médecins présents, plutôt que d'obtenir des résultats significatifs : il aurait fallu pour cela organiser beaucoup plus de formations ce qui n'était pas réalisable à notre niveau. Notre population a servi en quelque sorte de « groupe test » pour évaluer des outils pratiques et leurs modes de diffusion. Les résultats de notre travail et les impressions recueillies pourront ainsi être transmis à la Fédération Addiction, afin, éventuellement, d'organiser d'autres formations.

## II. Résultats principaux

La moyenne d'âge de notre échantillon était de 44,4 ans, ce qui est inférieur à la moyenne d'âge des départements de la Somme et de l'Aisne (51,2 ans) [12].

Bien que la majeure partie des médecins présents avouaient être sollicités régulièrement par leurs patients sur la question du cannabis, ils étaient peu nombreux à avoir déjà participé à une formation sur le sujet.

Alors qu'ils étaient conscients des risques d'une consommation de cannabis chez leurs jeunes patients, ils connaissaient peu les moyens de prise en charge.

Ils étaient une minorité (6%) à dépister systématiquement une consommation de cannabis chez tous leurs jeunes patients. La majorité des médecins de l'échantillon pensaient tout de même à la rechercher, mais plutôt dans un contexte particulier et/ou devant certains symptômes (77%). Aucun médecin présent n'utilisait d'outils d'aide au repérage d'une consommation problématique. De même, ils utilisaient peu la documentation à destination de leurs patients. Ils étaient malgré tout une majorité (74%) à penser que le dépistage du cannabis fasse partie du rôle du médecin généraliste.

La formation et les vidéos ont été jugées adaptées à la médecine générale. La majorité des médecins présents ont également pensé que le site internet pourrait les aider dans leur pratique, bien que des améliorations puissent y être apportées. En effet, certains d'entre eux

l'ont jugé trop compliqué ou à perfectionner, ou encore qu'il était plutôt à destination d'autres spécialités, telle que la psychiatrie.

Les résultats à la suite de la présentation ont semblé plutôt positifs. Tous les médecins présents ont affirmé avoir acquis des connaissances. Alors qu'ils n'étaient que 6 à rechercher systématiquement une consommation de cannabis chez leurs patients, ils étaient une majorité à se sentir capable de la rechercher davantage chez tous leurs jeunes patients à la suite de la formation. De même, la plupart d'entre eux pensaient pouvoir utiliser le CAST et la documentation. En revanche, ils semblaient moins enclins à avoir recours à l'entretien motivationnel.

L'aspect chronophage de la recherche d'une consommation a été évoqué à plusieurs reprises par les médecins. Ils émettaient des réserves quant à la possibilité de réaliser systématiquement ce dépistage lors des consultations tout venant, par manque de temps, ou du fait d'une motivation variant en fonction du moment de la journée. Malheureusement, on peut difficilement choisir le moment où un jeune patient va se décider à venir parler de ses consommations.

### **III. Comparaison avec la littérature**

#### **1) Méconnaissance des moyens de prise en charge à disposition des médecins**

Les résultats de notre étude ont montré que les médecins connaissaient les risques liés au cannabis chez les jeunes. En revanche, ils n'étaient pas suffisamment informés sur les moyens de prise en charge et on a pu observer notamment une méconnaissance des outils de repérage d'une consommation problématique.

Cette carence se retrouve dans plusieurs études, comme dans la thèse de Caroline Gillot-Ripert, à Reims en 2009 [8], portant sur l'évaluation de la prise en charge des jeunes consommateurs de cannabis chez des médecins généralistes de la Marne. 81,6% des médecins de cette étude déclaraient ne pas connaître le CAST. Les structures d'accueil et de prise en charge des jeunes patients, telles que les CJC, n'étaient pas mieux connues, puisque 90% d'entre eux ne les citaient pas comme un recours dans la prise en charge de leurs patients. Certains ne connaissaient même pas leur existence, alors qu'une CJC était présente à Reims depuis 2005.



Dix ans plus tard, elles semblent toujours aussi peu connues des praticiens : seuls 3 médecins de notre échantillon disaient les connaître, alors qu'on en compte dix-sept réparties dans la région picarde, dont quatre dans la Somme et sept dans l'Aisne.

## **2) Carence dans le dépistage du cannabis en médecine générale**

La MILDECA (Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues Et les Conduites Addictives) anime et coordonne l'action des différents ministères investis dans la lutte contre les drogues et les conduites addictives. Son intervention s'étend à l'ensemble des conduites addictives, avec ou sans produit. Elle prépare les plans gouvernementaux et veille à leur mise en œuvre [14]. Dans son plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017, validé par le Premier ministre le 19 septembre 2013 [15], elle souligne le rôle des médecins généralistes dans le dépistage du cannabis.

Malheureusement, ces derniers restent peu nombreux à réaliser un dépistage systématique, préférant un dépistage ciblé [2], c'est-à-dire devant des signes évocateurs d'une consommation de cannabis. C'est ce qu'on retrouve dans notre étude, où 6% des médecins recherchaient systématiquement une consommation de cannabis chez tous leurs jeunes patients, alors que 77% d'entre eux la recherchaient plutôt dans un contexte particulier ou devant certains symptômes. Même constat dans la thèse de Reims [8], où seuls 10,6% des médecins interrogés effectuaient un dépistage systématique, la majorité préférant un dépistage ciblé.

Cette tendance se retrouve au niveau national, où l'on observe une attitude plutôt en retrait des médecins généralistes [2]. D'après l'OFDT, seuls 8% d'entre eux abordent systématiquement la question du cannabis avec chaque patient, et 66% déclarent n'aborder le sujet que pour certains patients jugés à risque, comme par exemple, un adolescent en échec scolaire, devant des troubles du sommeil ou de la concentration, dans le cas de conflits avec les parents, d'isolement, etc...[2].

Toujours selon l'OFDT, le repérage systématique est le plus souvent effectué par des femmes, comme nous l'avons observé dans notre étude, bien que le résultat soit non significatif, et le réflexe de repérage semble être lié au fait d'appartenir à un réseau d'addictologie et d'exercer en région parisienne. Nous n'avons pas posé la question d'appartenance ou non à un réseau d'addictologie dans notre questionnaire. En revanche, nous avons observé que les médecins en milieu urbain recherchaient davantage une consommation que leurs confrères en milieu rural ou semi-rural. Ainsi, être une femme en milieu urbain inciterait davantage à dépister une consommation de cannabis. Ces dernières se sentiraient plus impliquées que leurs confrères masculins dans ce rôle de prévention. Le fait d'exercer en ville, avec la proximité de confrères spécialisés dans l'addictologie, et de structures de prise en charge, inciterait peut-être plus les médecins à évoquer la question du cannabis avec leurs patients, ayant la possibilité de leur proposer une solution concrète en cas de consommation avérée.

### **3) Influence de la formation sur la pratique**

Le fait d'avoir déjà reçu une formation sur le cannabis semblerait influencer la pratique des médecins quant au dépistage de sa consommation. Nous n'avions pas assez de médecins ayant effectué une formation dans notre échantillon pour observer ces résultats. La thèse d'Edith Delhommeau-Creutzet réalisée à Bordeaux en 2006 [16], portait sur la pratique des médecins généralistes concernant le cannabis, notamment en matière de dépistage, selon la participation ou non à une formation. Elle rapportait que le dépistage semblait plus important chez les médecins « formés », et qu'ils semblaient rechercher davantage des complications, des polyconsommations et des dépendances, que leurs confrères « non-formés ». Or selon l'OFDT [2], cette carence dans le dépistage vient en partie du fait que les médecins ont le sentiment d'être insuffisamment formés. Cette tendance se retrouvait dans la thèse de Reims de 2009 [8] où 50,2% des médecins évoquaient un manque de formation.

Cinq ans plus tard, la situation ne semble guère avoir évolué, car, parmi les médecins de notre échantillon, 45,7% d'entre eux avaient la sensation d'être insuffisamment formés. Dans les deux cas, ils étaient cependant demandeurs de formations complémentaires (82,9% dans notre échantillon). La FMC était le type de formation plébiscité par 65,5% des médecins demandeurs de notre population, et 55,9% des médecins de la Marne lors de l'étude de 2009 la considéraient comme utile [8].

#### **4) Amélioration des connaissances des médecins à travers la FMC**

La FMC a un rôle primordial pour réactualiser et compléter les connaissances des médecins généralistes. Or, dans le cas du dépistage du cannabis, des moyens efficaces pour repérer, voire prendre en charge les jeunes consommateurs existent, mais ces moyens semblent encore peu connus de la majorité des médecins. La FMC pourrait être un bon moyen de les sensibiliser afin d'optimiser leur prise en charge.

Lorsqu'on prend l'exemple des outils de repérage d'une consommation problématique, aucun médecin de notre échantillon ne les utilisait. Après la formation, 71,4% d'entre eux pensaient s'en servir en consultation. Lorsqu'on compare nos résultats aux chiffres nationaux fournis par l'OFDT, seuls 2% des médecins généralistes utilisent des questionnaires d'aide au repérage des consommations problématiques de cannabis, alors que la plupart (59%) voient au moins un usager de cannabis au cours d'une année de consultation [2]. Cela montre l'importance de la sensibilisation des médecins à utiliser ces outils de repérage, au travers une FMC par exemple, afin d'améliorer cette pratique. Néanmoins, cela suppose leurs participations à ces FMC. En effet, les médecins y assistant sont souvent ceux qui souhaitent parfaire leurs connaissances, s'inscrivant ainsi dans une certaine démarche intellectuelle, ce qui n'est pas le cas de tous les généralistes à l'heure actuelle.

#### **5) Opinion des médecins sur leur rôle dans le dépistage du cannabis**

Les médecins de notre échantillon étaient tout de même une majorité (74%) à penser que le dépistage du cannabis faisait partie du rôle du médecin généraliste. Cette tendance se retrouve dans d'autres travaux de thèse, comme celle de Reims [8], ou encore la thèse de Guillaume Pelsy à Strasbourg en 2008 [17], où ils étaient respectivement 55,4% et 90% à penser que le dépistage était utile. Cette proportion contraste avec les chiffres de l'OFDT : selon leur rapport, seuls 11% des médecins généralistes considèrent que ce type de repérage fait partie de leur rôle même si la quasi-totalité (96%) considère que son usage présente un risque important pour la santé [2]. Cela s'explique peut-être par le fait que les médecins ayant participé à ces études étaient sans doute plus intéressés par la question du cannabis, et par conséquent se sentaient plus concernés par son dépistage.

#### **IV. PERSPECTIVES**

##### **1) Améliorer la formation initiale des médecins généralistes**

Bien que reconnue comme étant un problème de santé publique, la question du cannabis reste peu présente dans la formation initiale reçue par chaque futur médecin. A la faculté de médecine d'Amiens, une seule journée de cours sur les drogues et les conduites dopantes est proposée aux étudiants de deuxième cycle, et les internes de médecine générale bénéficient d'un unique cours sur la toxicomanie en première année [18]. Un diplôme universitaire d'addictologie existe [19], mais en tant que formation complémentaire, elle ne concerne qu'une minorité des médecins, s'intéressant davantage à l'addictologie. Les jeunes médecins généralistes picards disposent donc d'un bagage modeste pour appréhender la question du cannabis avec leurs patients. Les conséquences d'un tel manque apparaissent évidentes : les médecins sont peu sensibilisés et donc peu motivés pour s'impliquer dans cette pratique. De plus, les médecins interrogés évoquent souvent le sentiment d'être désarmés quand la question du cannabis vient se poser en consultation, ou avouent leur appréhension vis-à-vis de l'addictologie, avec une image plutôt négative. Une formation initiale plus complète des futurs médecins sur le cannabis et les addictions en général, permettrait sans doute de remédier en partie à ce problème.

##### **2) Impliquer davantage les médecins généralistes dans le dépistage**

Il faudrait sensibiliser davantage les médecins au dépistage du cannabis. En effet, comme dans notre étude, ou dans la thèse de Reims [8], ces derniers sont plus enclins à réaliser un dépistage ciblé, qu'un dépistage systématique chez tous leurs patients. Cependant, dans la problématique du dépistage du cannabis, comme dans toute autre problématique de santé publique, l'efficacité de la prévention primaire est supérieure à celle de prévention secondaire, comme le souligne Bloch et al. dans son étude sur la détection de l'usage des drogues chez les 15-25 ans en médecine de ville [20]. La prévention primaire viserait à éviter le début de la consommation ou le passage à des consommations posant problème. La prévention secondaire, elle, viserait à détecter suffisamment tôt les problèmes lorsqu'ils existent déjà, pour intervenir précocement dans le « cursus pathologique ». Cette approche préventive ne

peut être menée à bien que si une consommation à risque est recherchée chez tous les patients à partir de l'adolescence [2].

Beaucoup d'arguments théoriques font du cabinet du médecin généraliste un lieu idéal pour dépister les usagers de drogues, faisant de lui un maillon fort de la prévention. En effet, ces cabinets représentent la structure la plus dense et la mieux répartie sur le territoire ; elle est également plus accessible que les centres spécialisés pour les toxicomanes mais également moins stigmatisante [2]. De plus, les médecins généralistes sont des acteurs de proximité, qui ont une bonne connaissance de leurs patients mais également de leur entourage, et de leurs conditions de vie. Reste à mettre cette démarche de prévention en pratique, comme c'est déjà le cas pour d'autres addictions, telles que l'alcool ou le tabac.

La recherche et l'évaluation d'une consommation tabagique est une pratique courante qui fait partie intégrante de l'interrogatoire clinique. De nombreux logiciels médicaux ont d'ailleurs une rubrique destinée à renseigner cette consommation, permettant au médecin de garder en mémoire les facteurs de risque de son patient. Certains logiciels intègrent même des outils pratiques tels que des questionnaires d'évaluation, comme le Fagerström pour le tabac. L'intégration d'un onglet « cannabis » dans le logiciel d'un médecin, voire d'outils d'aide au dépistage, permettrait peut-être de l'inciter davantage à rechercher une éventuelle consommation chez tous ses patients. Le but étant que cette recherche se fasse au même moment que le tabac ou l'alcool, pour devenir une pratique courante.

### **3) Revaloriser la prévention**

Alors que la MILDECA souligne le rôle des généralistes dans le dépistage des addictions, dont le cannabis [15], la prévention en général est souvent laissée pour compte au profit de la réalité des soins curatifs dans le contexte actuel du système de soins français [2]. Une revalorisation des actes de prévention pourrait être une mesure incitative pour les médecins, avec par exemple la création d'une nomenclature pour ces actes. En effet, une démarche de prévention et de dépistage prend du temps, parfois beaucoup plus qu'une consultation « classique ». Or, il n'existe pas de cotations en médecine générale pour ces consultations particulières, qui font pourtant partie du rôle du médecin généraliste. Cependant, la prévention primaire et secondaire permettraient de diminuer la survenue de pathologies et donc de limiter

les coûts de dépenses de santé qui y seraient liés. La création d'une nomenclature tenant compte du temps passé au cours de ces consultations inciterait sans doute les médecins à prendre plus de temps pour poser les bonnes questions à leurs patients.

Une autre possibilité serait de faire rentrer le dépistage des addictions dans les objectifs de santé publique du médecin généraliste. En effet, ces derniers sont aujourd'hui tenus de remplir certains objectifs, notamment sur l'organisation du cabinet et la qualité de la pratique médicale, pour bénéficier d'une rémunération versée par l'assurance maladie : la rémunération sur les objectifs de santé publique : « ROSP » [21]. La ROSP pour les médecins traitants repose sur le suivi de 29 indicateurs, dont 8 indicateurs de prévention : la vaccination anti-grippale, le dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus, la prévention de la iatrogénie médicamenteuse et l'antibiothérapie. Il n'y a rien actuellement sur la prévention des addictions telles que le cannabis, ou même le tabac. On pourrait imaginer que la recherche du cannabis, mentionnée ensuite dans le dossier médical au même titre que le tabac, pourrait faire partie des objectifs de prévention à inclure dans les indicateurs de la ROSP, afin d'inciter les médecins à la réaliser.

#### **4) Repérage précoce et intervention brève en consultation**

Les techniques de « Repérage Précoce et Intervention Brève » (RPIB) consistent en de courtes séances d'information aux patients, visant à modifier directement le comportement de consommation soit vers l'arrêt, soit vers la diminution. L'entretien s'appuie sur des questions ouvertes et passe par des reformulations appropriées. Une attitude fondée sur l'empathie, l'absence de jugement et sur le respect du patient vis-à-vis de son comportement est recommandée au praticien [22].

D'après un rapport de l'OFDT, la quasi-totalité des travaux de recherche met en évidence que l'intervention brève entraîne une réduction de la consommation d'alcool chez les buveurs qui dépassent les niveaux de risque définis par l'OMS [23]. La réduction de la consommation permet alors la diminution du recours au système de soins. De façon générale, les interventions brèves sont plus efficaces que l'absence d'information et s'intègrent tout à fait dans le rôle de conseil de santé du médecin généraliste, sans entacher la relation de confiance qui lie le praticien à son patient. Elle nécessite une formation simple, mais tous les généralistes ne l'ont pas reçue. En effet, les médecins de notre échantillon, ou encore ceux

d'autres études, évoquaient un manque de temps pour s'impliquer davantage dans le dépistage et ils étaient une majorité à trouver cette démarche trop chronophage. Une fois encore, cette opinion se rapportait à un manque de formation sur le sujet : les techniques de RPIB sont tout à fait adaptées à l'exercice de la médecine générale qui, en peu de temps, doit dépister et aborder le problème avec le patient.

Dans son plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives [15], la MILDECA souhaiterait intégrer la stratégie d'intervention brève dans le programme de formation initiale de tous les professionnels de santé. Il faudrait ainsi que tous les étudiants en médecine bénéficient d'une formation au RPIB, afin de pouvoir l'inscrire dans leurs consultations futures et prévenir ainsi l'apparition de dommages chez leurs patients.

### **5) Promouvoir les structures d'aide à la prise en charge**

Outre le fait que les médecins généralistes manquent de connaissances concernant le dépistage des consommations de cannabis, ils ignorent également les moyens à leur disposition dans cette prise en charge. Il semble évident, dans ces conditions, qu'un médecin sera peu enclin à rechercher une consommation de cannabis chez ses jeunes patients, se trouvant démuni en cas de consommation avérée. Adresser ces derniers à un psychiatre ou à un centre de prise en charge pour toxicomanes pourrait leur sembler inadapté, voir démesuré chez des jeunes qui avouent « fumer quelques joints » et qui ne voient pas forcément leur consommation comme un problème.

Il existe pourtant des structures adaptées aux jeunes patients pour parler de leur consommation, seuls ou avec leurs parents, quand cette demande émane d'un tiers par exemple. Or, nous avons vu dans notre étude que les CJC n'étaient pas connues des médecins généralistes. Cela fait pourtant dix ans que ces dernières ont vu le jour et elles sont réparties sur l'ensemble du territoire. Les CJC sont des consultations gratuites et anonymes, destinées aux jeunes consommateurs de substances psychoactives. Leur objectif est de proposer aux jeunes une évaluation de leur consommation, toutes substances confondues, pour aider ceux qui le peuvent à reprendre le contrôle ou à arrêter, ou encore pour orienter vers une prise en charge à long terme lorsque c'est nécessaire. Elles sont aussi destinées aux familles qui, trop souvent, n'osent pas évoquer ce sujet, craignant d'être jugées responsables et de devoir

s'engager dans un suivi long ou tout simplement parce qu'elles ignorent l'existence des CJC [5].

Une enquête BVA pour l'INPES (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé) portant sur 300 parents d'enfants de 14 à 17 ans et 200 adolescents âgés de 15 à 17 ans réalisée fin 2014, a révélé que trois quart des parents et des adolescents interrogés n'avaient jamais entendu parler de lieux destinés à accueillir les jeunes ou leurs familles pour discuter des conduites addictives. Seuls 16% des parents et 23% des adolescents avaient déjà entendu parler des CJC, « sans vraiment savoir de quoi il s'agissait » [24].

Pour promouvoir ces dispositifs, une campagne d'information a été lancée le 12 janvier 2015 à l'initiative de l'INPES, de la MILDECA, et du ministère chargé de la santé [25]. Trois spots publicitaires présentent la CJC comme étant une réponse simple, accessible et efficace aux questions des jeunes et aux inquiétudes de leur entourage. L'objectif est de dédramatiser le recours aux CJC, pour inciter à franchir le seuil sitôt que les premiers signes d'une consommation ont pu être identifiés et menacent le dialogue entre un adolescent et son entourage. Le volet hors-média de la campagne est destiné à créer parmi les professionnels de santé et de la jeunesse « le réflexe CJC » et améliorer ainsi le repérage précoce des conduites addictives. Si les médecins sont mieux informés, ils pourront davantage en faire profiter leurs patients. Il reste à voir si cette campagne d'information aura un impact suffisant, puisqu'actuellement les CJC peinent à atteindre une partie de leur cœur de cible, les usagers les plus jeunes ayant peu investi cette offre d'accompagnement [2].

Il serait intéressant d'interroger à distance les médecins de notre échantillon, qui ne connaissaient pas ces CJC, afin d'évaluer l'impact de cette campagne d'information. On pourrait de la même manière interroger tous les médecins généralistes, pour voir si cette campagne leur a permis d'aborder plus facilement ou non le sujet avec leurs jeunes patients, d'adresser certains qui semblaient avoir une consommation problématique, ou encore de diffuser l'information en salle d'attente par exemple.



## **6) Promouvoir les outils d'aide au repérage d'une consommation problématique**

Selon un rapport de l'OFDT [2], les informations nécessaires au repérage et à l'évaluation de la gravité de la consommation sont obtenues par le dialogue clinique. Face à un ou plusieurs symptômes évocateurs d'usage problématique, l'entretien peut être guidé par un questionnaire de repérage standardisé.

Parmi eux, le CAST, qui est le mieux validé auprès des adolescents. C'est d'ailleurs le test le plus utilisé par les professionnels intervenant dans les consultations jeunes consommateurs, mais aussi dans les enquêtes épidémiologiques, [26] notamment dans l'enquête ESPAD, qui compare les usages de substances psychoactives des adolescents scolarisés dans la plupart des pays européens [3]. Il comprend six questions abordant les aspects problématiques de la consommation (Annexe 2). Il peut être remis au patient en guise d'autoévaluation, ou réalisé par le médecin au cours de l'entretien. Le score obtenu permettra de guider la suite de la prise en charge. Bien qu'il soit simple d'utilisation et facilement disponible (sur internet par exemple), le CAST comme les autres outils d'aide au repérage d'une consommation problématique, n'est pas utilisé par la majorité des médecins, comme dans notre étude, où aucun médecin de notre échantillon ne s'en servait. Il permet pourtant un repérage rapide et non stigmatisant de l'usage problématique du cannabis en facilitant la discussion avec le patient autour des risques de la consommation.

Ces outils, encore trop peu connus des médecins traitants, sont à diffuser plus largement au sein de la population des médecins généralistes. Si ces derniers les connaissaient mieux, ils pourraient davantage les inclure dans leurs consultations. Comme nous l'avons évoqué, la possibilité de les avoir à disposition dans leur logiciel représenterait un avantage supplémentaire, pour les réaliser en cas de besoin, et de conserver les résultats. De plus, la recherche de cet outil sur internet peut se révéler fastidieux. Si l'on cherche dans un moteur de recherche l'acronyme « CAST », aucune réponse sur les dix premières pages ne correspond au questionnaire. Un recueil de tous les outils sur un seul site internet, accessible grâce à des mots clés simples, permettrait également de faciliter l'accès à ces outils et inciterait peut-être les médecins généralistes à y avoir davantage recours.

## 7) Diffuser des outils pratiques via un site internet

Certains sites internet tournés vers l'addictologie permettent de retrouver ces outils. Notamment le site [www.intervenir-addictions.fr](http://www.intervenir-addictions.fr), mis en ligne en novembre 2014 [13]. Ce site, que nous avons présenté au cours de notre formation, est en partie à destination des médecins généralistes. Il a pour objectif de les aider à aborder la question des addictions avec les patients, à repérer un usage problématique, à intervenir et orienter le patient si besoin. Il regroupe, pour les aider à y parvenir, des articles, études, questionnaires, brochures d'information à destination des médecins et des patients. Les médecins peuvent ainsi retrouver facilement les outils utiles au dépistage du cannabis et les télécharger. Des vidéos de cas cliniques commentés sont également en ligne, dans un but pédagogique.

Notre questionnaire permettait en partie d'évaluer ce nouvel outil à disposition des médecins. En effet, il venait tout juste d'être mis en ligne lors de notre deuxième formation et il était alors inconnu des participants. Il serait possible que notre population serve ainsi de « groupe-test » ; les avis recueillis sur le site et les vidéos de cas cliniques seront transmis à la Fédération Addiction, afin de les développer davantage, ou encore de leur apporter des améliorations. Dans un contexte actuel où les médecins généralistes déplorent un manque de formation alors qu'ils reconnaissent l'utilité du dépistage, ce site internet apparaît comme un bon outil pour tenter de pallier à ce manque de formation. Les cabinets médicaux étant de plus en plus informatisés, les médecins peuvent donc y avoir facilement accès, même au cours d'une consultation. Cependant, ils ne le sont pas tous : un médecin de notre échantillon avait rajouté à côté des réponses qu'il n'était pas informatisé et il n'est peut-être pas le seul dans ce cas. Le site présente donc certainement beaucoup moins d'intérêt pour eux. Néanmoins, pour les médecins plus jeunes qui ont l'habitude de travailler avec l'informatique, ce site peut être un outil intéressant, notamment s'il se développe, avec éventuellement une application pour Smartphones. Les vidéos présentées au cours de la formation, qui étaient issues du site, avaient été jugées par les participants adaptées à la médecine générale. Ils semblaient plus réservés quant au site, avec des avis divergents.

Il serait intéressant de les interroger à distance de la formation, en leur laissant le temps de consulter le site à nouveau. Si les avis recueillis sont positifs, ce site pourrait être diffusé plus largement auprès de tous les médecins généralistes par le biais de la presse médicale par exemple, ou par d'autres formations, telles que des FMC, des séminaires, ou par une campagne d'information des Agences Régionales de Santé (ARS).

## **8) Développer les formations complémentaires sur le cannabis**

On pourrait imaginer une étude similaire, où la formation serait remplacée uniquement par le site internet. Le lien du site serait envoyé au médecin après qu'il ait répondu au premier questionnaire, et le deuxième questionnaire pourrait être envoyé quelques temps après, pour lui laisser le temps d'utiliser le site. Les réponses entre le groupe ayant assisté à la formation et celui n'ayant vu que le site seraient comparées. Elles permettraient de savoir si la seule diffusion de site internet auprès des médecins serait suffisante pour pallier leur manque de formation, ou si une formation type FMC reste indispensable. Seules des formations diversifiées, et dont l'efficacité sur le terrain a été reconnue, peuvent aboutir à une modification des pratiques. D'où l'intérêt de notre travail qui permettait de tester des nouveaux outils de formation, et pourquoi pas, de pouvoir les étendre par la suite à plus grande échelle, à tous les médecins généralistes.

Les médecins de notre étude ont globalement été satisfaits de la présentation, et ont estimé que la FMC était le type de formation le plus adapté. Cependant, nous ne connaissons pas son impact à distance. Un travail de thèse de Bordeaux, réalisé en 2006 sur 57 médecins généralistes de Dordogne cherchait à déterminer si la pratique concernant le cannabis différait suivant la participation à une formation ou non [16]. Cette FMC était organisée par une association de médecins généralistes de Périgueux et l'intervenante était médecin généraliste et addictologue. Elle s'appliquait à apporter des connaissances sur le cannabis et son usage problématique à partir de cas cliniques possiblement rencontrés en pratique courante. Des supports avaient également été distribués, notamment des questionnaires d'évaluation et des listes de sites internet utiles. Les résultats de l'étude rapportaient que l'impact sur la pratique de la FMC un an plus tard était perçu comme quasi nul par les participants, qui ne la citaient pas comme formation complémentaire. Cependant, la méthodologie ne permettait pas

d'évaluer directement l'influence de la formation sur la pratique, puisqu'il aurait fallu faire une étude avant et après la formation.

Notre étude permettait d'évaluer les pratiques des médecins avant une formation et leurs motivations à modifier leurs pratiques immédiatement après. Les impressions recueillies immédiatement après la présentation étaient encourageantes et il serait intéressant de les interroger de nouveau d'ici quelques mois. En cas de résultats favorables, ce type de formation pourrait être diffusé à plus grande échelle, afin d'améliorer le dépistage du cannabis en médecine générale.

## CONCLUSION

Actuellement, les médecins généralistes français ne dépistent pas suffisamment la consommation de cannabis chez leurs jeunes patients, comme le déplore l'OFDT dans ses publications [2].

Les intentions de notre travail étaient doubles : interroger les médecins présents à une formation sur leurs connaissances et leurs pratiques en matière de dépistage de la consommation de cannabis, et de leur apporter des outils pratiques. Nos objectifs ont été remplis. Les connaissances et pratiques des médecins ont été évaluées à l'aide des questionnaires. Par le biais de la formation, nous leur avons présenté des outils susceptibles de les aider dans leur pratique quotidienne, tels que les questionnaires d'aide au repérage d'une consommation problématique, ou encore la présentation du site internet [intervenir-addictions.fr](http://intervenir-addictions.fr).

Dans notre étude, les médecins généralistes interrogés ont conscience du problème que pose le cannabis chez les jeunes. Malheureusement, on retrouve la plupart du temps un manque de formation, avec notamment une méconnaissance des moyens de prise en charge. Souvent démunis face à la question du cannabis, ils n'abordent pas systématiquement la question en consultation, mais y pensent tout de même dans certains cas particuliers, notamment devant des symptômes évocateurs. Bien que des outils validés existent, les médecins ne les utilisent pas. Ces outils, pourtant simples à utiliser, sont méconnus des généralistes. Il en est de même pour les structures d'aide et de prise en charge, telles que les CJC, inconnues elles aussi.

Les questionnaires nous ont permis dans le même temps de tester notre formation, ainsi que le site internet. Les impressions recueillies sont dans l'ensemble positives et les participants ont estimé que les vidéos présentées, ainsi que la formation, sont adaptés à la médecine générale.

Immédiatement après la présentation, la majorité des médecins se sont sentis capables de dépister systématiquement une consommation de cannabis et d'utiliser les outils d'aide au repérage d'une consommation problématique.

Il serait intéressant d'évaluer si la participation à cette formation a entraîné ou non une modification de leurs pratiques. Un second travail de thèse est d'ailleurs en cours, et permettra de déterminer, grâce à des entretiens réalisés à distance, si cette présentation a eu un impact ou non sur la pratique des médecins présents. S'il s'avère que la formation les a incités à dépister systématiquement une consommation de cannabis chez leurs patients de 15 à 25 ans, il pourrait être intéressant de proposer ce type de formation à plus de médecins, par le biais d'autres FMC, d'EPU, ou encore de la diffuser via internet.

La promotion du site internet intervenir-addictions pourrait également y contribuer. L'idéal serait de trouver un type d'enseignement et un mode de diffusion qui puissent toucher l'ensemble des médecins, afin de pallier à ce manque de formation qu'ils regrettent. Les aider ainsi dans leur rôle de prévention permettrait de limiter les dommages sanitaires et sociaux causés par le cannabis chez les jeunes patients, plus vulnérables.

## BIBLIOGRAPHIE

- [1] D. Richard, *Le cannabis et sa consommation*. Paris: A. Colin, 2009.
- [2] I. Obradovic, "Usage problématique de cannabis. Revue de la littérature internationale." [En ligne]. Saint-Denis, OFDT, décembre 2013 [consulté le 30 juin 2014]. Disponible sur : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxiotc.pdf>.
- [3] S. Spilka, O. Le Nézet, "Premiers résultats du volet français de l'enquête European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) 2011" [En ligne]. Saint-Denis, OFDT, mai 2012. [Consulté le 13 mai 2014]. Disponible sur : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxsss5.pdf>.
- [4] S. Spilka, O. Le Nézet, M.-L. Tovar, "Les drogues à 17 ans : premiers résultats de l'enquête ESCAPAD 2011," [En ligne]. Saint-Denis, OFDT, février 2012. [Consulté le 1<sup>er</sup> juillet 2014]. Disponible sur : <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/tend/tend79.html>.
- [5] M. Julienne, D. Jourdain-Menninger, *Le cannabis ?* Paris: Belin : Cité des sciences et de l'industrie, 2013.
- [6] P. BINDER, "Cannabis : repères pour intervenir," [En ligne]. [Consulté le 13 mai 2014]. Disponible sur: <http://www.cannabis-medecin.fr/>.
- [7] I. Obradovic, "Guide pratique des principaux outils de repérage de l'usage problématique de cannabis chez les adolescents". [En ligne]. Saint-Denis, OFDT, 2013. [Consulté le 30 juin 2014]. Disponible sur : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxiot9.pdf>
- [8] C. Gillot-Ripert, "Evaluation de la prise en charge des jeunes consommateurs de cannabis en médecine générale à travers une enquête menée auprès des médecins généralistes de la Marne." Université de Reims, faculté de médecine, 2009.

- [9] OFDT, "ODICER : observatoire des drogues pour l'information sur le comportement en régions." [En ligne]. Saint-Denis, OFDT, 2011. [Consulté le 1<sup>er</sup> décembre 2014]. Disponible sur : <http://odicer.ofdt.fr>.
- [10] "Fédération Addiction: prévenir, réduire les risques, soigner". [En ligne]. Paris, 2012. [Consulté le 25 janvier 2015]. Disponible sur : <http://www.federationaddiction.fr>.
- [11] Institut Pierre Louis d'Epidémiologie et de Santé Publique, "BiostaTGV - Statistiques en ligne : Test exact de fisher," [En ligne]. [Consulté le 10 décembre 2014]. Disponible sur : <http://marne.u707.jussieu.fr/biostatgv/?module=tests/fisher>.
- [12] Conseil départemental de l'ordre des médecins de la Somme, "Atlas 2014 de la démographie médicale française" [En ligne]. Janvier 2014. [Consulté le 25 janvier 2015]. Disponible sur : <http://demographie.medecin.fr/demographie>.
- [13] "Addictions : le portail des acteurs de santé - prévenir, intervenir, orienter." [En ligne]. Paris, 2015. [Consulté le 27 novembre 2014]. Disponible sur : <http://intervenir-addictions.fr/>.
- [14] Interview de Danièle Jourdain-Menninger, présidente de la MILDECA, "Le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives." [En ligne]. 12 décembre 2013. [Consulté le 13 février 2015]. Disponible sur : <http://www.fonction-publique.gouv.fr/fonction-publique/carriere-et-parcours-professionnel-140>
- [15] MILDECA, "Plan gouvernemental de lutte contre la drogue et les conduites addictives 2013 - 2017". [En ligne]. MILDECA, Paris, septembre 2013. [Consulté le 30 juin 2014]. Disponible sur : <http://www.drogues.gouv.fr/site-professionnel/la-mildeca/plan-gouvernemental/plan-gouvernemental-2013-2017/>
- [16] E. Delhommeau Creutzet, "Cannabis et médecine générale : la pratique diffère-t-elle selon la participation à une formation? Enquête auprès de 57 médecins généralistes de Dordogne, octobre 2006." Université de Bordeaux, faculté de médecine, 2007.



- [17] G. Pelsy, “Prévention et prise en charge de la consommation de cannabis en médecine générale: évaluation des pratiques. Résultats d’une enquête auprès de des médecins généralistes du Bas-Rhin.” Université de Strasbourg, faculté de médecine, 2008.
- [18] DUMGA - La médecine générale à l'université, “Le programme des cours de l’année universitaire 2014-2015.” [En ligne]. [Consulté le 27 janvier 2015]. Disponible sur : <http://dumga.fr/le-programme-des-cours-de-lannee-universitaire-2014-2015.html>.
- [19] Université de Picardie Jules Verne, “Diplôme d’Université d’Addictologie,”. [En ligne]. [Consulté le 25 janvier 2015]. Disponible sur : [https://www.u-picardie.fr/dep/infocentre/gestion/documents/pdf/fiches/fiche\\_620.pdf](https://www.u-picardie.fr/dep/infocentre/gestion/documents/pdf/fiches/fiche_620.pdf).
- [20] Bloch, Charpak, Monaque, Fhima, “Faisabilité de la détection de l’usage de drogues chez les 15-25 ans en médecine de ville,” *Santé Publique*, vol. 11, no. 3, p.287–295, 1999.
- [21] Assurance maladie, “Rémunération sur objectifs de santé publique.” [En ligne]. 1<sup>er</sup> septembre 2015. [Consulté le 28 janvier 2015]. Disponible sur : [http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/votre-convention/remuneration-sur-objectifs-de-sante-publique\\_somme.php](http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/votre-convention/remuneration-sur-objectifs-de-sante-publique_somme.php).
- [22] C. Díaz Gómez, M. Milhet, “Repérage Précoce Intervention Brève. Stratégies de promotion du repérage précoce et de l’intervention brève en matière d’alcool auprès des médecins généralistes.” [En ligne]. Saint Denis, OFDT, Avril 2005. [Consulté le 9 février 2015]. Disponible sur : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxcdk4.pdf>
- [23] M. Milhet, C. Díaz-Gómez, “Alcoolisations excessives et médecine de ville. La promotion du Repérage précoce et de l’intervention brève (RPIB),” *Tendance*, no. 47, Mar. 2006.
- [24] INPES, MILDECA, “Faire face aux addictions des jeunes. Les « Consultations Jeunes Consommateurs », une ressource pour agir précocement et aider les familles et les jeunes.” [En ligne]. Paris, 12 janvier 2015. [Consulté le 9 février 2015]. Disponible sur : <http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/15/dp150112.pdf>.

- [25] INPES, “Connaissez-vous les « Consultations Jeunes Consommateurs » ?” [En ligne]. Paris, 12 janvier 2015. [Consulté le 15 janvier 2015]. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/30000/actus2015/002-cjc.asp>.
- [26] S. Spilka, E. Janssen, S. Legleye, “Détection des usages problématiques de cannabis: la Cannabis Abuse Screening Test (CAST).” [En ligne]. Saint-Denis, OFDT, 3 septembre 2013. [Consulté le 13 mai 2014]. Disponible sur : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxsst9.pdf>.

## ANNEXES

### I. Annexe 1

#### Questionnaire 1 :

- 1) Age :
- 2) Sexe :
- 3) Nombre d'années d'installation :
- < 5 ans       5 – 10 ans       10 – 15 ans       15 – 20 ans
- 20 -25 ans       25 – 30 ans       > 30 ans
- 4) Lieu d'exercice :  Urbain       Rural       Semi-rural
- 5) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous déjà été sollicité lors d'une consultation sur la question du cannabis chez vos patients de 15-25 ans ?
- Oui       Non
- Si oui, à quelle fréquence ?
- 1 fois par mois       1 fois tous les 3 mois
- 1 fois tous les 6 mois       1 fois par an
- 6) Avez-vous déjà reçu une formation sur le cannabis ?  Oui       Non
- Si oui laquelle ?
- Séminaire       FMC       DU
- Autres : \_\_\_\_\_
- 7) Avez-vous consulté le site internet mentionné sur l'invitation à la soirée de formation ?
- Oui       Non

8) L'âge de début d'une consommation < 15 ans représente-t-il un risque de consommation à problème ?  Oui  Non

9) Connaissez-vous le « Cannabis Abuse Screening Test » (« CAST ») ?

Oui  Non

10) Connaissez-vous les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) ?  Oui  Non

Si oui, pouvez vous citer une ville où est implanté un CSAPA ? \_\_\_\_\_

11) Connaissez-vous les « Consultations Jeunes Consommateurs » (CJC) ?

Oui  Non

12) Pensez vous que le cannabis peut être responsable d'un décrochage scolaire ?

Oui  Non

13) Le cannabis ne représente pas à lui seul un risque pour la santé du consommateur. Il ne l'est que s'il est associé à la prise d'autres drogues.

Vrai  Faux

14) Quelle proportion d'adolescents picards de 17 ans a déjà expérimenté le cannabis ?

NSP  Entre 40 et 60%

< 20%  Entre 60 et 80%

Entre 20 et 40%  >80%

15) Quand posez-vous la question du cannabis avec vos patients de 15-25 ans ?

- Jamais, vous attendez qu'ils vous en parlent
- Selon le contexte (échec scolaire, relations familiales difficiles, problèmes judiciaires...)
- Devant des symptômes pouvant être en rapport avec la consommation (pertes de mémoire, troubles du sommeil, troubles respiratoires, troubles psychiques...)
- Chez tous vos jeunes patients

16) Utilisez-vous les outils d'aide au repérage d'une consommation problématique ? (ex : CAST/CAGE)

- Oui  Non

Si oui, à quelle fréquence ?

- Toujours  Souvent  Parfois  Jamais

17) Utilisez-vous des documents à remettre à vos patients ou disponibles en salle d'attente ?

- Oui  Non

Si oui :

- Brochures  Affiches
- Adresses de site internet  Questionnaires d'auto-évaluation
- Adresse de centres spécialisés  Numéros de téléphone
- Autres : \_\_\_\_\_

18) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous adressé un patient consommateur de cannabis à un confrère/centre spécialisé ?

- Oui  Non

Si oui, combien :

- <5  5 – 10  10 - 20  20 – 30  > 30

19) Pensez-vous que le dépistage systématique du cannabis chez les 15-25 ans soit le rôle du médecin généraliste ?  Oui  Non

20) Quels sont selon vous les motifs de consultations propices pour évoquer la question du cannabis avec les 15-25 ans ??

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Première consultation              | <input type="checkbox"/> Certificat de sport                  |
| <input type="checkbox"/> Vaccination                        | <input type="checkbox"/> Trouble du sommeil                   |
| <input type="checkbox"/> Problèmes relationnels/familiaux   | <input type="checkbox"/> Contraception                        |
| <input type="checkbox"/> Problèmes scolaires/professionnels | <input type="checkbox"/> Troubles de la mémoire/concentration |
| <input type="checkbox"/> Syndrome infectieux                | <input type="checkbox"/> Petite traumato                      |
| <input type="checkbox"/> Autre : _____                      |   |

21) Quels sont pour vous les freins pour aborder la question du cannabis chez les 15-25 ans au cours de vos consultations ?

- Aucun
- Sensation d'être insuffisamment formé
- Manque de temps
- Manque de connaissances sur le sujet
- Difficultés à aborder le sujet
- Caractère illégal du cannabis
- Autres : \_\_\_\_\_

Questionnaire 2 :

- 1) Avez-vous acquis des connaissances sur le cannabis au cours de cette FMC?  
 Oui                       Non
- 2) Vous sentez vous capable de rechercher systématiquement une consommation de cannabis chez vos patients de 15-25 ans ?  
 Oui                       Non
- 3) Trouvez-vous cette démarche chronophage ?  
 Oui                       Non
- 4) Pensez vous que le CAST puisse s'intégrer dans vos consultations ?  
 Oui                       Non
- 5) Allez-vous l'utiliser ?  
 Oui                       Non
- 6) Allez-vous mettre à disposition de vos patients des documents d'informations/n° de téléphone ?  
 Oui                       Non
- 7) Serait-il intéressant pour vous de pouvoir télécharger gratuitement des documents d'information/brochures/outils (ex : CAST) ?  
 Oui                       Non
- 8) Pensez-vous pouvoir intégrer l'entretien motivationnel à vos consultations ?  
 Oui                       Non

Si non, pourquoi :

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Manque de temps            | <input type="checkbox"/> Manque de formation     |
| <input type="checkbox"/> Ne voit pas l'intérêt      | <input type="checkbox"/> Ne se sent pas concerné |
| <input type="checkbox"/> Pas le rôle du généraliste | <input type="checkbox"/> Trop compliqué          |
| <input type="checkbox"/> Pas adapté à la situation  | <input type="checkbox"/> Autre : _____           |

- 9) Avez-vous trouvé la FMC adaptée à la médecine générale ?  
 Oui                       Non

10) Avez-vous trouvé le support vidéo adapté à la FMC?

- Oui  Non

11) Que pensez-vous du site [www.intervenir-addictions.fr](http://www.intervenir-addictions.fr) ?

- Simple  Trop compliqué  
 Adapté à la médecine générale  Plutôt pour les spécialistes  
 Clair  A perfectionner  
 Bon outil  Inutile  
 Autre : \_\_\_\_\_

12) Pensez vous que ce site puisse vous aider dans votre pratique ?

- Oui  Non

13) Souhaiteriez-vous avoir d'autres formations sur le sujet ?

- Oui  Non

Si oui, sous quelle forme ?

- FMC  Séminaire  Brochures/Revue  
 DU  Site internet  Autre : \_\_\_\_\_



## **II. Annexe 2 : polycopié remis aux médecins à la fin de la formation**

### **Cannabis et Médecine générale**

#### **Introduction :**

En France :

- ⇒ plus de 13 millions de personnes ont déjà expérimenté le cannabis
- ⇒ 1 millions d'entre eux : consommateurs réguliers
- ⇒ majorité des consommations régulières => les jeunes :
  - environ 5% des 15 et 25 ans, contre 1% des plus de 25 ans
  - 39% des 15-16 ans déclarent avoir déjà fumé du cannabis en 2011
  - à 17 ans, ils sont plus d'un tiers à l'avoir expérimenté et 7% à avoir une consommation régulière.

En Picardie :

- ⇒ 43% des adolescents de 17 ans ont déjà consommé du cannabis
- ⇒ 5% d'entre eux présentent un risque élevé d'usage problématique, voire de dépendance.

Bien que banalisée => conséquences non négligeables en cas de consommation régulière :

- ⇒ troubles somatiques : affections respiratoires, cardio-vasculaires, troubles du sommeil...
- ⇒ troubles psychiques : troubles de la mémoire, de l'humeur, de l'attention, anxiété, syndrome amotivationnel, états délirants...
- ⇒ troubles sociaux : difficultés d'insertion sociale, décrochage scolaire, problèmes judiciaires...
- ⇒ conduites à risques lors de consommations aiguës (conduite automobile, rapports sexuels à risque...).

La recherche d'une consommation au sein de la population jeune représente donc un enjeu de santé publique reconnu par l'OMS, compte tenu des conséquences sanitaires et sociales que peut induire cette consommation, en particulier en cas d'expérimentation précoce.

Médecin généraliste :

- ⇒ rôle de prévention ++
- ⇒ professionnel de santé plus abordable et consulté en premier par les adolescents (79.2%)
- ⇒ place privilégiée pour poser la question du cannabis avec ses jeunes patients (ces derniers ne voient pas forcément leur consommation comme un problème).

Une recherche systématique chez **tous les jeunes patients** permettrait d'identifier les consommateurs et par la suite de **repérer ceux qui présentent un usage problématique**.

### Le Cannabis Abuse Screening Test : CAST

Le CAST est un outil de repérage précoce de l'usage nocif du cannabis, quelque soit la population, pour favoriser l'orientation vers un professionnel de santé.

Il comprend six questions abordant les aspects problématiques de la consommation.

Le score est de 0 à 6 :

- ⇒ Score faible (0 ou 1) : usage qui n'apparaît pas pour l'instant problématique
- ⇒ Score moyen (2 ou 3) : risque élevé d'usage problématique
- ⇒ Score élevé (4 à 6) : risque très élevé d'usage problématique

<b>Au cours des 12 derniers mois...</b> <i>Une seule croix 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"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
2. Avez-vous fumé du cannabis <u>lorsque vous étiez seul(e)</u> ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
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"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
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"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
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"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
6. Avez-vous eu des problèmes <u>à cause de</u> votre consommation de cannabis (dispute, bagarre, accident, mauvais résultats à l'école...)? Lesquels ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1

Il existe également en version binaire, plus simple à réaliser en consultation de médecine générale :

**Au cours des 12 derniers mois :**

	non	oui
Avez-vous déjà fumé du cannabis avant midi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà fumé du cannabis lorsque vous étiez seul(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà eu des problèmes de mémoire quand vous fumiez du cannabis ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des amis ou des membres de votre famille vous ont-ils déjà dit que vous devriez réduire votre consommation de cannabis ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà essayé de réduire ou arrêter votre consommation de cannabis sans y arriver ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà eu des problèmes à cause de votre consommation de cannabis (dispute, incidents, mauvais résultats à l'école....) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Le questionnaire DETC : Diminuer, Entourage, Trop, Cannabis**

Il s'agit d'un équivalent du questionnaire « CAGE-cannabis », élaboré aux Etats-Unis. Il permet de repérer l'abus et la dépendance de cannabis.

**DETC (DIMINUER, ENTOURAGE, TROP, CANNABIS)**

	Oui	Non
1. Avez-vous ressenti le besoin de <b>D</b> iminuer votre consommation de cannabis ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Votre <b>E</b> ntourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Avez-vous déjà eu l'impression que vous fumiez <b>T</b> rop de cannabis ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Avez-vous déjà eu besoin de fumer du <b>C</b> annabis dès le matin pour vous sentir en forme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2 réponses positives évoquent une consommation nocive de cannabis.

## Le questionnaire ADOSPA : ADOlescents et Substances PsychoActives

ADOSPA est l'acronyme français proposé pour «ADOlescents et Substances Psycho-Actives» mais également pour Auto (conduite d'un véhicule sous influence ou par quelqu'un sous influence d'alcool ou d'autres drogues), Détente (usage auto-thérapeutique), Oubli (troubles mnésiques sous produits), Seul (consommation solitaire), Problèmes, Amis/famille (reproches faits par les amis ou la famille).

Il s'agit d'un équivalent du questionnaire « CRAFFT » (Relax, alone, forget, family or friends, troubles), élaboré aux États-Unis.

Il permet de repérer un usage nocif de substances psycho-actives et de déterminer le niveau de risque chez les adolescents et jeunes adultes.

### ADOLESCENTS ET SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

#### Au cours des douze derniers mois...

1. Êtes-vous déjà monté(e) dans un véhicule ( <b>A</b> uto, moto, scooter) conduit par quelqu'un (vous y compris) qui avait trop bu ou qui était sous l'emprise de drogue(s) ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
2. Avez-vous déjà utilisé(e) de l'alcool ou d'autres drogues pour vous <b>D</b> étendre, vous sentir mieux ou tenir le coup ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
3. Vous est-il arrivé d' <b>O</b> ublier 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 ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
4. Consommez-vous de l'alcool et d'autres drogues quand vous êtes <b>S</b> eul(e) ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
5. Avez-vous déjà eu des <b>P</b> roblèmes en consommant de l'alcool ou d'autres drogues ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
6. Vos <b>A</b> mis ou votre famille vous ont-ils déjà dit que vous deviez réduire votre consommation de boissons alcoolisées ou de drogue(s) ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

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.

## Evaluer une consommation

Elle consiste à en rechercher les caractéristiques péjoratives, afin de définir le type et la fonction de la consommation pour adapter ensuite la prise en charge. En effet, les facteurs de risque sont d'excellents prédicateurs de la survenue d'un usage nocif et d'une dépendance. Ils doivent donc être recherchés.

### 1 - les modalités de la consommation:

- L'**âge** de début de la consommation avant 15 ans
- La **fréquence** : une consommation régulière, voire quotidienne
- Le **cumul** avec d'autres produits (alcool, ecstasy, tabac...)
- L'usage **solitaire**
- L'usage dès le **matin**.

### 2 - le contexte de consommation:

- Le travail sur machine, la conduite d'engins
- La conduite automobile et deux-roues
- Les exigences professionnelles et légales
- La grossesse.

### 3 - le contexte psychique:

- Les événements de vie traumatiques (échec, ruptures, deuils, séparations, déménagement...)
- L'incapacité à demander ou à recevoir de l'aide
- L'existence d'anxiété ou de dépression
- L'existence de troubles psychopathologiques, psychose, délires.

### 4 - le contexte social

- L'incapacité à nouer des relations
- La rupture des liens scolaires : un décrochage scolaire, une exclusion
- La rupture des liens familiaux, un contexte d'opposition aiguë
- La rupture des liens naturels comme les amis habituels
- L'appartenance à un groupe de consommateurs
- La précarité sociale, le déficit d'intégration sociale, la difficulté avec le monde du travail
- Le coût financier élevé.

### 5 - la présence et la fréquence des risques associés:

- La prise de risque avec la conduite de scooter, moto ou voiture
- Les passages à l'acte violent et les problèmes avec la police
- Les conduites délinquantes liées aux nécessités de trouver des finances pour l'achat
- La sexualité à risque (défaut de protection, partenaires multiples).

### 6 - la fonction prise par le cannabis :

- La focalisation sur cette unique source de plaisir et de satisfaction ;
- La visée auto-thérapeutique (anxiété, tendance dépressive, asthme,...) ;
- La recherche de l'effet de défoncé ;
- Le cumul, l'intensité, l'ancienneté et la répétitivité de ces indicateurs signent la gravité de la consommation.

### **Les consultations jeunes consommateurs : CJC**

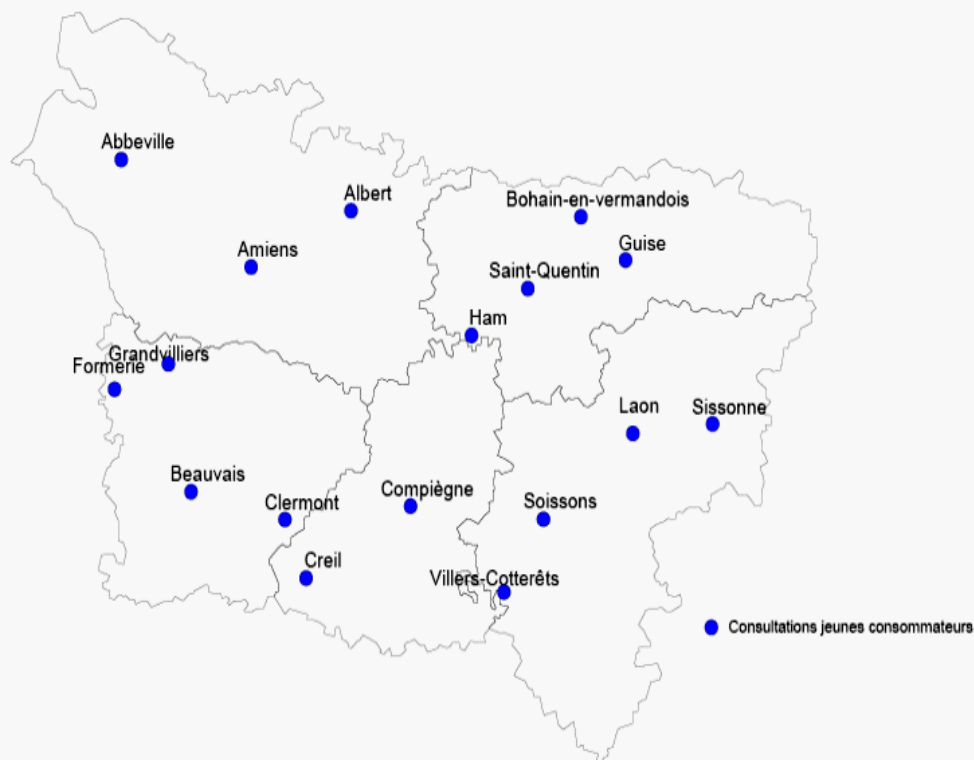
C'est un réseau de consultations spécifiques mis en place en 2015 dans l'ensemble des départements. Gratuites et anonymes, elles sont destinées aux jeunes consommateurs de substances psychoactives (cannabis, alcool, drogues de synthèse, cocaïne, polyconsommation). Elles peuvent également accueillir les familles, sans leur enfant, afin de les conseiller et de les aider à trouver une démarche pouvant inciter leur enfant à dialoguer ou à consulter.

Ces consultations sont rattachées à des structures médico-sociales (CSAPA) et sont composées de professionnels formés aux spécificités de l'approche des jeunes.

Elles permettent :

- d'effectuer un bilan des consommations,
- d'apporter une information et un conseil personnalisé aux consommateurs et à leur famille,
- d'aider, si possible, en quelques consultations à arrêter la consommation,
- de proposer, lorsque la situation le justifie, une prise en charge à long terme,
- d'orienter vers d'autres services spécialisés si nécessaire.

## Implantation des consultations jeunes consommateurs en Picardie



Réalisation ARS Picardie.OSA (octobre 2013). Sources ARS (octobre 2013). « Fonds de cartes Arctique © Tous droits réservés »

- Amiens : CSAPA de l'association Le Mail, 4 bd Carnot, 03.60.12.26.00
  - Abbeville : CSAPA de l'association Le Mail, 10 petite rue Notre Dame, 03.60.12.26.27
  - Albert : CSAPA de l'association Le Mail, place Emile Leturcq, 03.60.12.26.27
- Adresse mail pour ces CJC : [direction@asso-lemail.net](mailto:direction@asso-lemail.net), [secretariat@asso-lemail.net](mailto:secretariat@asso-lemail.net)
- Ham : Centre hospitalier de Ham, 56 rue de Verdun, 03.23.81.41.10, [elsa@ch-ham.com](mailto:elsa@ch-ham.com)

## Les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie : CSAPA

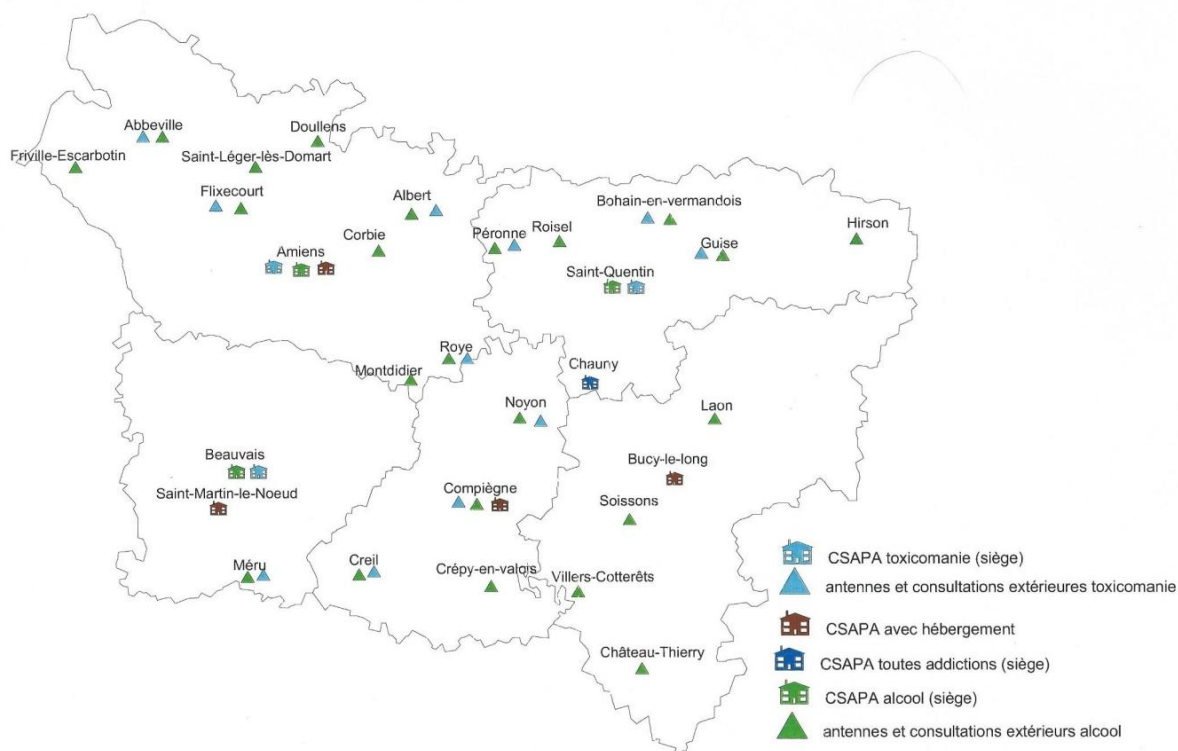
Les CSAPA prennent en charge les personnes ayant une consommation à risque, un usage nocif, ou une dépendance à une substance psycho-active, ainsi que leur entourage.

Ils assurent :

- ⇒ l'accueil, l'information, l'évaluation médicale, psychologique et sociale et l'orientation de la personne ou de son entourage ;
- ⇒ la réduction des risques associés à la consommation de substances psycho-actives ;
- ⇒ la prise en charge médicale, psychologique, sociale et éducative (diagnostic, prestations de soins, accès aux droits sociaux et aide à l'insertion ou à la réinsertion).

Les CSAPA peuvent accueillir les usagers en ambulatoire ou bien proposer des services de soin résidentiel (CTR, CT, CAUT...).

Implantation des Centres de Soins, d'Accompagnement et de prévention en Addictologie, Picardie



Réalisation ARS Picardie, OSA (octobre 2011). Sources ARS (octobre 2011), « Fonds de cartes Arc'tique » © Tous droits réservés



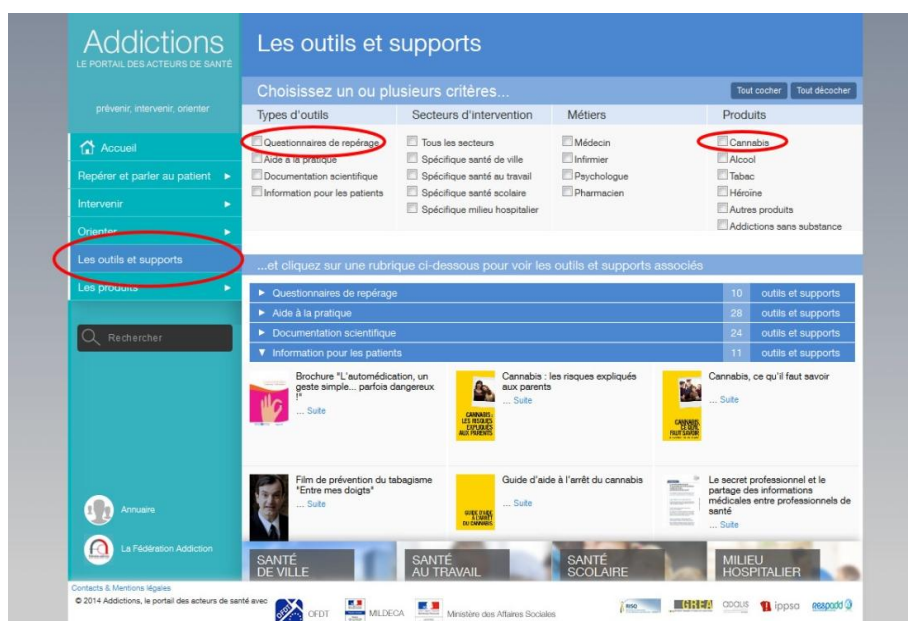
## Site internet intervenir-addictions.fr :

Ce site s'adresse à tous les professionnels de santé, mais également aux patients et à leur entourage.

On y retrouve de nombreux documents, brochures, outils, vidéos, etc... à l'attention des médecins qui souhaitent s'informer sur les cannabis, mais aussi sur les addictions en général.



Les documents y sont classés par thèmes, et sont facilement accessibles via l'outil de recherche.



**Autre site internet à l'attention du médecin :**

⇒ <http://www.cannabis-medecin.fr/>



**Site internet à l'attention des patients :**

<http://leplanb.info/>



## **Evaluation des connaissances et des pratiques des médecins généralistes en matière de dépistage de la consommation de cannabis chez leurs patients de 15 à 25 ans.**

**INTRODUCTION :** Les médecins généralistes (MG) n'abordent pas la question du cannabis avec leurs jeunes patients et le manque de formation est souvent évoqué comme frein à cette recherche. Il apparaissait intéressant d'évaluer les connaissances et pratiques de MG picards, sur le dépistage de la consommation de cannabis chez leurs patients de 15 à 25 ans, mais aussi de leur apporter des outils pour les aider dans cette démarche.

**METHODE :** Une étude descriptive puis analytique a été réalisée chez des MG présents à une formation sur le cannabis où des outils leur ont été présentés. Leurs connaissances, leurs pratiques et leur avis sur la formation ont été évalués par deux questionnaires.

**RESULTATS :** Sur les 35 MG interrogés, 6% dépistaient systématiquement une consommation, la majorité préférant la rechercher devant des signes évocateurs. Ils connaissaient les risques du cannabis, mais n'utilisaient pas d'outils et connaissaient mal les centres spécialisés. Ils ont jugé la formation adaptée à la médecine générale. Ils ont admis avoir acquis des connaissances et se sentir prêts à dépister davantage et à utiliser les outils.

**DISCUSSION :** Il paraît indispensable d'améliorer la formation des MG sur le cannabis et de les impliquer davantage dans le dépistage. Une revalorisation de la prévention et une diffusion plus importante des outils et techniques de dépistage sont à encourager.

**CONCLUSION :** Suite à la formation, les MG se disaient prêts à dépister systématiquement une consommation de cannabis chez leurs jeunes patients. Une réévaluation à distance permettrait de savoir si cette formation a réellement modifié leur pratique concernant le cannabis.

Mots clés : Médecine générale, cannabis, formation, dépistage

## **Assessment of the knowledge and the practise of the general practitioners in the matter of detection of the use of cannabis among their 15 to 25 year-old patients.**

**INTRODUCTION :** General Practitioners (Gps) do not usually mention cannabis with younger patients and the lack of training is often put forward as the reason why the research is taking so much time. It seemed interesting to assess the knowledge and practise of GPs from Picardy, about the detection of the use of cannabis among their 15 to 25-year-old patients, but also to offer them tools to help them in the procedure.

**METHOD :** A descriptive study has been made then, analysed among GPs who were attending a course on the matter of cannabis, during which they have been presented with various sets of tools. Two questionnaires assessed their knowledge, practise and opinions about the course.

**RESULTS :** Out of the 35 GPs who had to answer the questionnaire, 6 % always detect the use of cannabis, whereas the majority would rather wait for symptomatic signs. They knew about the dangers of using cannabis, but did not use any tools and were not familiar with the specialized clinics. They thought the course was adapted to the general practise. They have agreed they have more knowledge on the situation and feel ready to detect more and use the provided tools.

**DISCUSSION :** It seems absolutely necessary to improve the GPs' training on the matter of cannabis and get them more involved in the detection. Widespread prevention, tools and techniques of detection is certainly to be encouraged.

**CONCLUSION :** After the course, GPs said they were ready to detect systematically the use of cannabis among their younger patients. A new assessment would be useful to check whether this course has really modified their practise in the matter of cannabis.

Keywords : General practice, cannabis, training, detection